

Évaluation de la politique de prévention du VIH et
des IST à Genève entre 2012 et 2016

Rapport à l'intention de la Direction générale de la santé du canton de Genève

Lucerne, le 16 juin 2016

IMPRESSUM

Auteur(e)s

Sarah Fässler, (Responsable de projet)

Françoise Dubois-Arber, Prof. Dr. (consultante)

Andreas Balthasar, Prof. Dr.

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

interface@interface-politikstudien.ch

www.interface-politikstudien.ch

Mandataire

Direction générale de la santé du canton de Genève

Citation suggérée

Fässler, Sarah; Dubois-Arber, Françoise; Balthasar, Andreas (2016): Évaluation de la politique de prévention du VIH et des IST à Genève entre 2012 et 2016. Rapport à l'intention de la Direction générale de la santé du canton de Genève, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Lucerne.

Référence du projet

Numéro de projet: P15-67

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	4
2	RÉSULTATS	6
2.1	Aperçu	6
2.2	Population générale sexuellement active	10
2.3	Population migrante	14
2.4	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	18
2.5	Travailleuses et travailleurs du sexe	23
2.6	Personnes s'injectant des drogues	27
2.7	Personnes incarcérées	29
2.8	Personnes vivant avec le VIH	32
2.9	Pilotage	36
3	SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS	38

I INTRODUCTION

Objectifs et questions d'évaluation

Dans le cadre de la redéfinition de la politique cantonale en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé, initiée le 18 juin 2014, la Direction générale de la santé souhaite évaluer sa politique de prévention du VIH et des IST. L'objectif de l'évaluation est de fournir des informations et des recommandations pour prioriser les prestations et définir le tableau de bord des prochains contrats de prestations des associations subventionnées actives dans le domaine de la prévention du VIH et des IST. À cette fin, l'évaluation vise à apporter des réponses aux questions suivantes:

- Quels sont les besoins actuels et à venir en matière de prévention du VIH et des IST à Genève?
- Le dispositif et l'éventail de mesures actuelles répondent-ils de la manière la plus efficace et efficiente possible à ces besoins, en regard des évidences et bonnes pratiques en la matière?
- Le cas échéant, comment les faire évoluer en recherchant le meilleur rapport coût/efficacité?

Démarche méthodologique

Pour répondre à ces questions, l'évaluation se base sur une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives. L'évaluation utilise quatre bases empiriques:

- *Analyse des données épidémiologiques*: cette analyse montre comment l'épidémiologie du VIH et des IST a évolué entre 2010 et 2015, de manière générale et par rapport aux groupes cibles définis dans la politique cantonale de prévention du VIH et des IST (voir annexe A1.1). Il convient de souligner que les données épidémiologiques relatives aux différentes populations cibles s'appuient principalement sur les déclarations complémentaires de médecins et peuvent être lacunaires.
- *Analyse de documents*: cette analyse porte sur les tableaux de bord remplis et tous autres documents d'importance servant à la préparation des entretiens.
- *Analyse de la littérature*: cette analyse visait à identifier des exemples de bonnes pratiques de prévention du VIH et des IST avec le meilleur rapport coût/efficacité dans la littérature internationale. Le cadre de l'évaluation ne permettait pas de faire une analyse exhaustive de la littérature. En outre, la plupart des études récentes sur l'efficacité des mesures de prévention portent sur les pratiques de prévention dans les pays à revenu faible ou moyen. Par conséquent, l'évaluation s'est principalement appuyée sur des documents du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), qui illustrent bien les pratiques dans les autres pays européens.¹ Les mesures proposées par l'ECDC correspondent largement aux

¹ European Center of Disease Prevention and Control (ECDC): <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/Pages/index.aspx>, accès 4.4.2016.

mesures préconisées dans le Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI). Si le PNVI inclut les autres IST dans son analyse, les documents de l'ECDC reposent toutefois en grand partie sur le VIH. Par conséquent, cette évaluation est plutôt axée sur les bonnes pratiques de prévention du VIH.

- *Entretiens qualitatifs*: des entretiens individuels ou en groupe ont été menés avec 23 personnes des associations subventionnées, de différentes unités des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), d'un cabinet privé, du Service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ) ainsi que de la Direction générale de la santé (DGS). De plus, trois experts de l'Office fédéral de la santé publique et de la Commission fédérale de santé sexuelle ont été interrogés (voir annexe A1.1). La grille d'entretien a été envoyée aux personnes interrogées au préalable (voir annexe A1.3). Les procès-verbaux ont été analysés suivant l'exemple de la méthode qualitative de Philippe Mayring.²
- *Comparaison intercantonale*: pour avoir une vue externe sur le travail de prévention du VIH et des IST dans le canton de Genève, nous avons mené des entretiens avec les autorités vaudoises et zurichoises (voir annexe A1.1).

Structure du rapport

Les résultats de l'évaluation par population cible (population générale, population migrante, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleuses et travailleurs du sexe, personnes s'injectant des drogues, personnes incarcérées, personnes vivant avec le VIH) sont présentés dans le chapitre 2. Chaque sous-chapitre décrit l'évolution épidémiologique dans la population ainsi que les besoins et le dispositif en matière de prévention primaire (informations, conseils, préservatifs, vaccins) et de prévention secondaire (dépistage, VCT, PICT). Parfois, nous faisons allusion à la prévention structurelle englobant, entre autres, la lutte contre les stigmatisations et la discrimination des populations cibles. Par mainstreaming nous entendons que toutes les associations subventionnées et les structures ordinaires prennent en compte les besoins spécifiques des différentes populations cible en matière de prévention du VIH et des IST. Une synthèse répondant aux questions d'évaluation et proposant des recommandations suivra dans le chapitre 3.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes rencontrées lors des entretiens pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité à répondre à nos questions.

² Voir Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik. 10^e édition. Beltz, Weinheim, Basel. Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Ce chapitre présente tout d'abord un aperçu des besoins et du dispositif de prévention dans son ensemble (voir chapitre 2.1), puis les besoins et le dispositif pour les différentes populations (voir chapitre 2.2-2.8) et, enfin, le pilotage du dispositif (voir chapitre 2.9).

2.1 APERÇU

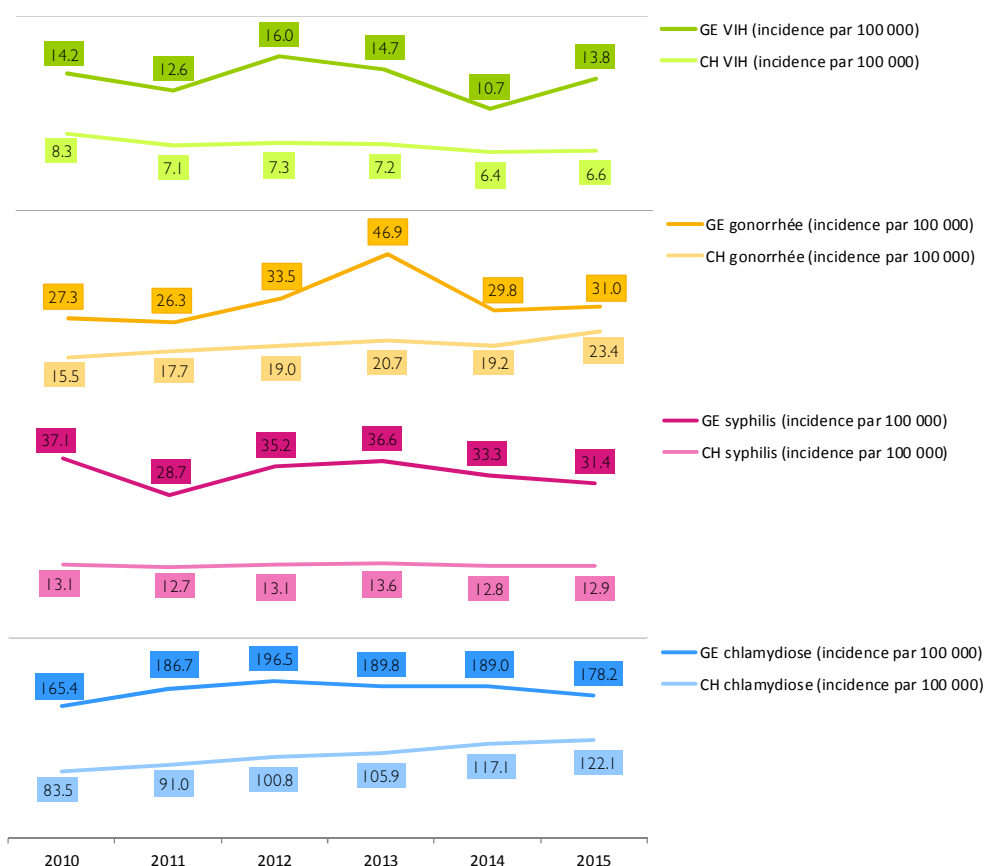
Le présent chapitre décrit l'évolution épidémiologique, l'émergence des nouveaux besoins de prévention primaire et secondaire et le dispositif de prévention dans son ensemble.

2.1.1 BESOINS

Besoins en termes d'incidence du VIH et des IST

Le tableau T 2.1 montre l'incidence du VIH, de la gonorrhée, de la syphilis et de la chlamydia entre 2010 et 2015.

T 2.1: Incidence du VIH, de la gonorrhée, de la syphilis et de la chlamydia à Genève et en Suisse



Source: Système de déclaration de l'OFSP.

Dans le canton de Genève, les incidences de ces infections sexuellement transmissibles sont plus élevées et soumises à des fluctuations plus importantes que dans le reste de la Suisse. D'après les personnes interrogées, le canton de Genève est un grand centre urbain avec des fluctuations migratoires importantes, ce qui pourrait expliquer ces différences. Sur l'ensemble de la période étudiée, on observe une stabilisation de l'incidence de la gonorrhée et du VIH alors que, pour ce dernier, le nombre de tests de dépistage réalisés dans les laboratoires a augmenté, passant de 37 422 en 2010 à 45 120 en 2015. Ces données sont récoltées par le Service du médecin cantonal grâce à une demande de collaboration aux différents laboratoires genevois. Pour la syphilis et la chlamydie, on observe une légère diminution. C'est un résultat réjouissant vu que l'incidence de la chlamydie augmente à l'échelle de la Suisse.

Pour les acteurs genevois et les experts interrogés, le VIH reste une priorité en termes de prévention par rapport aux autres IST, vu qu'il s'agit d'une maladie chronique avec des conséquences financières plus importantes. Cependant, étant donné qu'une infection avec une IST augmente le risque de contracter le VIH, plusieurs personnes pensent qu'il ne faudrait pas les dissocier.

Besoins en termes de prévention primaire

On observe ici un consensus large des acteurs interrogés, y compris les experts, qui estiment que la prévention primaire axée uniquement sur les règles du *safer sex* est moins efficace que la prévention axée sur la santé sexuelle et les déterminants de la santé.

Besoins en termes prévention secondaire

Les acteurs genevois ainsi que les experts interrogés dans le cadre de l'évaluation s'accordent pour affirmer qu'il faudrait augmenter l'offre de dépistage du VIH et des IST accessible et à prix abordable aux populations à risque pour accroître l'efficacité du dispositif. Or, le consensus s'effrite sur la manière de le faire. Pour les uns, le dépistage est d'abord un instrument pour faire passer un message de prévention primaire. Pour les autres, le dépistage devrait toucher un maximum de personnes dans la logique de la cascade de soins proposée par l'Organisation mondiale de la Santé et pour réduire le prix du dépistage, il ne serait plus forcément accompagné par des messages de prévention primaire. De plus, il faudrait rapprocher les tests des populations par le biais des autotests à domicile ou des tests dans les communautés. Enfin certaines personnes interrogées estiment qu'il faudrait harmoniser les délais et les méthodes de dépistage du VIH entre les HUG et le Checkpoint.

2.1.2 DISPOSITIF DE PRÉVENTION

À Genève, cinq associations sont subventionnées par le canton à travers un contrat de prestation (voir tableau T 2.2, marqué en rouge). Le Groupe Sida Genève est la seule association mandatée pour mener des actions de prévention du VIH et des IST au sein de différentes populations cible. Dialogai se concentre sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Boulevards sur les travailleuses et travailleurs de sexe en particulier migrants-es ou toxicomanes et Première Ligne sur les personnes s'injectant des drogues en leur proposant avec le Quai 9 un centre d'accueil à bas seuil avec espace d'injection et d'inhalation. PVA est une association d'entraide pour les personnes vivant avec le VIH. Toutes les associations sont impliquées dans la préven-

tion structurelle visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des différentes populations cibles couvertes par le dispositif de prévention du VIH et des IST.

T 2.2: Dispositif de prévention dans les cantons de Genève, Vaud et Zurich

	Genève	VD	Zurich
Population générale sexuellement active	Groupe Sida Genève, HUG: Consultation VIH, Service dermatologique, Unité de santé sexuelle et de planning familial et Unité santé Jeunes (USSPF)	Profa, PMU/CHUV: Consultation VIH/IST	Zürcher Aidshilfe, USZ: Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Dermatologische Klinik
Jeunes	Service de santé de l'enfance et de la jeunesse, HUG: USSPF	Profa	Zürcher Aidshilfe, Lust und Frust, Liebessexundsoweiter
Population migrante	Groupe Sida Genève, HUG: Programme santé migrants, CAMSCO, USSPF	Profa, PMU/CHUV: Unité de soins aux migrants, Centre des populations vulnérables (CPV)	Zürcher Aidshilfe, Permanence Kanongasse
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Dialogai: Checkpoint, Groupe Sida Genève	Profa: Checkpoint	Zürcher Aidshilfe: Checkpoint
Travailleuses/ Travailleurs du sexe	Aspasie, Boulevards, Groupe Sida Genève	Fleur de pavé	Isola Vitoria, Flora Dora, Consultation Gynécologique de la Permanence Kanongasse
Personnes s'injectant de drogues	Première Ligne: Quai 9	Centres d'accueil à bas seuil	Centres d'accueil à bas seuil
Personnes incarcérées	HUG: Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire Groupe Sida Genève	PMU/CHUV: Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire	Prise en charge médicales par des médecins internes et externes aux prisons
Personnes vivant avec le VIH	Groupe Sida Genève, PVA, HUG : Consultation VIH	Sid'action, Arc-en-ciel	Zürcher Aidshilfe

Légende: HUG = Hôpitaux universitaires de Genève, PMU = Policlinique médicale universitaire, USZ = Universitätsspital Zürich, rouge = associations subventionnées à travers un contrat de prestation par les cantons

Le dispositif de prévention est complété par d'autres acteurs. La consultation VIH et le Service Dermatologique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) proposent des

tests anonymes du VIH respectivement des IST à la population générale. Les jeunes bénéficient du programme d'éducation sexuelle dans les écoles, organisé par le Service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ) dans le département de l'instruction publique, et des conseils de l'Unité de santé sexuelle et de planning familial (USSPF) des HUG. Le Programme santé migrants (PSM) des HUG propose un VCT – financé principalement par le Groupe Sida Genève – aux requérants d'asile alors que la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) des HUG prend en charge des personnes précarisées, y compris les migrants sans papiers. L'association Aspasia est subventionnée par la ville de Genève et réalise des actions de prévention chez les travailleuses-eurs du sexe dans les établissements et dans la rue, alors que Boulevards se focalise sur le travail du sexe effectué dans la rue. Le Service de médecine et de psychologie pénitentiaire (SMPP) des HUG propose un dépistage du VIH et des IST ainsi qu'une éducation individuelle aux personnes incarcérées.

En 2014, des subventions à hauteur de 5 284 546 CHF ont été versées aux cinq associations. L'association Première Ligne a reçu 47%, le Groupe Sida Genève 33%, Dialogai 14%, PVA 4% et Boulevards 3% de l'enveloppe budgétaire dédiée à la prévention du VIH et des IST. Le Groupe Sida Genève et Dialogai réussissent à lever des fonds supplémentaires importants alors que les trois autres associations dépendent en grande partie des subventions cantonales.

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Par rapport aux deux autres cantons étudiés, la structure du dispositif de prévention à Genève est bien plus complexe.

Vaud: il y a quelques années, tout le dispositif de prévention vaudois a été simplifié pour le rendre plus efficient et efficace. L'objectif était de pouvoir adapter facilement le dispositif en fonction des besoins émergents et sur la base de recherches opérationnelles. Tout le dispositif tourne autour d'un acteur central – la fondation Profa et ses différents services – qui couvrent l'éducation sexuelle dans les écoles, la consultation en santé sexuelle, la prévention au sein de la population migrante et chapeaute le checkpoint pour les HSH et les personnes transgenre. Profa a donc une bonne vue d'ensemble sur les évolutions du VIH et des IST dans les différentes populations. Le dispositif est complété par deux autres associations subventionnées. Fleur de Pavé est responsable de la prévention auprès des travailleuses du sexe; les Centres d'accueil à bas seuil pour les consommateurs de drogue et Sid'action pour les personnes séropositives. L'association Arc-en-ciel, qui vient en aide aux enfants et familles vivant au contact du VIH/SIDA, n'est pas subventionnée. Les acteurs du système médical (PMU, CHUV) soutiennent le dispositif par le dépistage, le traitement et la recherche sur le VIH et les IST.

Zurich: le dispositif de prévention zurichois tourne également autour d'un acteur central, la Zürcher Aidshilfe (ZAH). La ZAH est responsable de l'éducation sexuelle dans les écoles, la prévention dans la population générale et migrante, et chapeaute le checkpoint pour les HSH et les personnes transgenre. Par rapport au dispositif vaudois, celui du canton Zurich est plus complexe au niveau des acteurs mineurs. L'éducation sexuelle de la ZAH au niveau cantonal est complétée par des activités de deux entités au niveau communal. Dans la ville de Zurich, Lust und Frust fait partie du service du

médecin scolaire. L'association Liebesexundsoweiter est active à Winterthour, la deuxième ville la plus grande du canton. Pour les travailleuses du sexe, on trouve deux entités au niveau communal, qui font partie du département des affaires sociales (Flora Dora) respectivement du département de santé et de l'environnement (Permanence Kanonengasse, consultation gynécologique) de la ville de Zurich. Le centre de conseil Isla Victoria est actif au niveau cantonal.

2.2 POPULATION GÉNÉRALE SEXUELLEMENT ACTIVE

2.2.1 BESOINS

Besoins en termes d'incidence du VIH et des IST

En 2014, le nombre de résidents permanents à Genève entre 15 et 85 ans se situe à près de 393 000 personnes. La population générale sexuellement active englobe donc environ 376 000 personnes si l'on déduit le nombre de personnes des autres groupes à risque. En 2015, 16 cas de VIH ont été déclarés à Genève parmi les personnes hétérosexuelles provenant de la Suisse ou d'un autre pays à faible prévalence du VIH. Entre 2010 et 2015, le nombre de cas de VIH déclaré est resté relativement stable dans cette population, tant chez les femmes que chez les hommes. Environ la moitié des déclarations de VIH chez les femmes et un cinquième des diagnostics de VIH chez les hommes concernent la population générale sexuellement active. Ces données font défaut pour les autres infections sexuellement transmissibles. Par rapport à la taille de la population générale sexuellement active l'incidence de la syphilis et de la gonorrhée est marginale. Toutefois, d'après les personnes interrogées, la population générale sexuellement active serait très touchée par la chlamydiose. L'incidence de la chlamydia est restée stable au cours de cinq dernières années (voir tableau T 3.2 en annexe A1.1). Malgré le fait que le nombre de tests effectués est en augmentation chaque année, le taux de positivité reste stable autour des 4 %. D'après les données du Service de médecin cantonal 27 000 analyses ont été effectuées en 2015. Plus des deux tiers des cas de chlamydiose concernent les femmes (y compris chez les femmes ayant des relations sexuelles avec les femmes (FSF)). La différence entre les deux sexes est probablement liée à un biais de détection. Chez les femmes, la tranche d'âge des 25-34 ans est la plus touchée alors que chez les hommes c'est la tranche d'âge des 35-44 ans (voir tableau T 3.3 en annexe A1.1).

Besoins en termes de prévention primaire

Une triangulation des données de l'enquête suisse sur la prévention du SIDA des années 1987 à 2000 et des données de l'enquête suisse sur la santé de 2007 et 2012, effectuée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), révèle une grande stabilité des comportements dans la population générale sexuellement active ces quinze dernières années. Sur toute la période étudiée, les répondants ont indiqué avoir eu un partenaire sexuel pendant les douze derniers mois (médiane). Un cinquième des répondants de la tranche d'âge des 35-44 ans a indiqué avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête.³ Cette proportion des-

³ Locicero S.; Bize R.; Dubois-Arber F. (2014): General population: National trends in sexual behaviour 1987-2012. Center for Public Health Practice and Evaluation (CEESAN), Lausanne University Hospital, Lausanne Switzerland, Triangulation workshop, September 2014, Bern.

cend à moins d'un dixième dans les tranches d'âges suivantes. Chez les jeunes de 18-20 ans le nombre médian de partenaires sexuels est resté stable entre 1992 et 2011 et se situe à un partenaire pour les deux sexes. Néanmoins, la proportion des jeunes ayant rapporté avoir eu plus de trois partenaires est passée de 5% à 30% chez les jeunes hommes et de 6% à 10% chez les jeunes femmes entre 1997 et 2010-2011.⁴

L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel a augmenté au sein de la population sexuellement active entre 1991 et 2012.⁵ Chez les jeunes de 18-20 ans, l'utilisation des préservatifs est restée stable et se situe à un niveau élevé. Entre 1992 et 2011, plus de 60% des jeunes hommes et, à partir de 2007, près de 50% des jeunes femmes ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. 82,3% de répondants masculins et 75% de répondants féminins ont indiqué avoir eu recours au préservatif avec un partenaire occasionnel non-connu auparavant.⁶

Besoins en termes de prévention secondaire

L'analyse effectuée par l'IUMSP montre que la proportion des répondants ayant fait un test VIH au cours des douze derniers mois précédant l'enquête est restée stable dans tous les groupes d'âge et les deux groupes de sexe entre 1991 et 2011. Cette proportion se situe à moins d'un dixième des répondants. En revanche, la proportion des répondants ayant réalisé un test VIH une fois au cours de la vie a augmenté dans toutes les tranches d'âge de la population générale sexuellement active. En 2011, la proportion était de 41,6% chez les hommes et de 47,7% chez les femmes de la tranche d'âge 21-30 ans, et de 54,9% chez les hommes et 63,6% chez les femmes de la tranche d'âge des 31-45 ans. Chez les jeunes de 17-20 ans, la proportion des répondants ayant effectué un test VIH au cours de leur vie est restée relativement stable entre 1991 et 2011 et se situe à présent un peu plus d'un huitième des répondants. Étant donné que les répondants ont indiqué les tests effectués hors dons de sang, la proportion des personnes dépistées devrait être plus élevée.⁷ Une étude réalisée dans le cadre de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) montre que la séropositivité est diagnostiquée tardivement chez les personnes ne faisant pas partie des populations à risque, comme les couples mariés, ce qui a des conséquences en termes de santé et de coûts. Le manque de connaissances par rapport à la transmission et aux symptômes du VIH expliqueraient les dépistages tardifs.⁸

2.2.2 DISPOSITIF DE PRÉVENTION

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) recommande l'éducation sexuelle pour tous les jeunes.⁹ Cependant, la prévention du VIH devrait se focaliser sur les populations à risque plutôt que sur la population générale sexuelle-

⁴ Jeannin, André; Locicero, Stéphanie; Dubois-Arber, Françoise: (2013): Monitoring du comportement sexuel et de l'utilisation du préservatif chez les 18 à 20 ans. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 2013, 47: 855-57.

⁵ Voir note de bas de page 3.

⁶ Voir note de bas de page 4.

⁷ Voir note de bas de page 3.

⁸ Hachfeld A.; Ledergerber B.; Darling K. et al.: Reasons for late presentation to HIV care in Switzerland. Journal of the International AIDS Society. 2015;18(1):20317. doi:10.7448/IAS.18.1.20317.

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2013.

ment active.¹⁰ En termes de prévention secondaire, un PICT (Provider Induced Counseling and Testing) pourrait toutefois se révéler important: en effet, l'étude réalisée dans le cadre de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) a montré que trois quart de personnes séropositives testées tardivement – dont des couples mariés – auraient consulté un médecin pour des symptômes d'une infection VIH pendant l'année précédant le diagnostic.¹¹ Le dépistage des chlamydias – particulièrement chez les jeunes femmes de moins de 25 ans – est par ailleurs recommandée par l'ECDC.¹² Le dispositif de prévention pour la population générale inclut, avec l'éducation sexuelle, une mesure recommandée. Le dépistage des chlamydias de manière systématique et le projet PICT ne sont pas généralisés à l'heure actuelle. Le projet PICT est par contre promu et réalisé aux HUG. Le dispositif comporte en outre des mesures pour lesquelles des bonnes pratiques n'ont pas pu être identifiées.

T:1: Comparaison entre les prestations recommandées par l'ECDC et les prestations en place à Genève pour la population générale

Prestations	ECDC	Prestations à Genève
Prévention primaire		
Travail de communication pour la population générale		OFSP/Love life, GSG
Éducation sexuelle au milieu scolaire (collective)	ECDC	SSEJ, GSG, PVA
Conseil en santé sexuelle et planning familial (individuel)		USSPF
Prévention de proximité chez les jeunes		Première Ligne (Nuit Blanche), Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle
Prévention secondaire		
VCT HIV gratuit		Université: bon gratuit pour les étudiants
Dépistage des chlamydias	ECDC	Pas de manière systématique
PICT	SHCS	HUG

Légende: vert = bon, orange = moyen, rouge = mauvais, gris = pas de réponse.

Prévention primaire

La prévention primaire pour la population sexuellement active est principalement basée sur la campagne Lovelife de l'OFSP relayée dans les cantons, la ligne téléphonique InfoSida et des activités de communication au niveau cantonal assurées par le Groupe Sida Genève. Plusieurs acteurs genevois ainsi que les experts interrogés se sont exprimés de manière critique par rapport à la pertinence et à l'efficacité des campagnes et du travail de communication à l'intention de la population générale sexuellement ac-

¹⁰ Voir European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: HIV prevention in Europe . Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia-2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015. Stockholm: ECDC; 2015; European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: HIV testing in Europe . Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report Stockholm: ECDC; 2015.

¹¹ Voir note de de bas de page 8

¹² European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on chlamydia control in Europe – 2015. Stockholm: ECDC; 2016.

tive, aussi bien sur le plan national que cantonal. Ils argumentent que le travail de communication auprès du grand public devrait être réduit en faveur des interventions de prévention au niveau des populations à risque. Une minorité des acteurs estime que le travail de communication pour le grand public est important pour maintenir l'idée que le VIH est l'affaire de tous et pour lutter contre les discriminations et la stigmatisation y relatives.

Pour les jeunes, l'éducation sexuelle dans les écoles est organisée et dispensée par le Service de la santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ), selon un programme détaillé basé sur une approche holistique de la santé sexuelle.¹³ Les 23 éducatrices et les trois éducateurs formés en santé sexuelle apportent des informations essentielles en matière de prévention du VIH et des IST et répondent aux questions que les jeunes leur posent. En outre, le Groupe Sida Genève propose des ateliers interactifs au postobligatoire et les membres de l'association PVA font des témoignages dans les écoles. Pour la plupart des personnes interrogées, l'éducation sexuelle à l'école est importante. Toutefois, plusieurs acteurs genevois interrogés ainsi que les experts estiment que l'éducation sexuelle ne répond pas aux attentes des jeunes hommes, et plus particulièrement des jeunes HSH. L'éducation sexuelle serait une affaire de femmes où les thématiques relatives à la santé sexuelle féminine dominent. Il serait dès lors important que les jeunes hommes puissent discuter entre eux des thématiques qui les intéressent, dans un groupe animé par un éducateur.

En dehors du cadre scolaire, l'Unité de santé sexuelle et de planning familial (USSPF) des HUG est l'acteur de prévention le plus important pour les jeunes. Elle propose des conseils relatifs aux grossesses non-désirées, à la pilule du lendemain et aux moyens de contraception, et aborde par ce biais les questions relatives à la prévention du VIH et des IST. Il existe par ailleurs le projet de prévention de Première Ligne dans le milieu festif «nuit blanche» et le travail de la Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (FASc), relatif à la santé sexuelle auprès des jeunes dans les quartiers. D'après une personne interrogée, ce large éventail de prestations de prévention pour les jeunes aurait l'avantage de les atteindre dans différents lieux de vie, tout en déplorant un risque de dispersion et un manque de complémentarité éventuels entre acteurs.

Prévention secondaire

La population générale sexuellement active peut accéder à différentes structures médicales qui proposent des dépistages du VIH et des IST et qui sont répertoriées sur le site www.infotestvih.ch. À côté de ces structures spécialisées, les gynécologues et les médecins généralistes jouent un rôle important dans le dépistage du VIH et des IST. Plusieurs acteurs genevois et les experts sont de l'avis qu'il faudrait davantage sensibiliser et former les médecins pour qu'ils fassent une anamnèse sexuelle et proposent un dépistage au patient en fonction du résultat. Pour former les médecins, certains acteurs proposent de généraliser les PICT (Provider Induced Counseling and Testing). D'autres acteurs interrogés suggèrent qu'il serait moins coûteux que la Direction générale de la santé envoie une lettre originale aux médecins pour les sensibiliser. D'autres argumentent qu'un PICT ne permettrait que de dépister le VIH alors que les autres IST sont plus courantes dans la population générale.

¹³ SSEJ: <https://www.geneve.ch/oej/pdf/a-l-ecole-aussi-2015.pdf>, accès le 14 avril 2016.

Les jeunes connaissent des barrières d'accès au dépistage sur le plan financier. Ainsi plusieurs personnes estiment que certains jeunes ne veulent pas que leurs parents voient la facture de l'assurance maladie pour un dépistage et ne peuvent pas la payer de leur poche. Les étudiants peuvent bénéficier des bons de l'Antenne Santé de l'Université leur permettant de faire un VCT gratuit. Cette offre n'a rencontré aucune demande jusqu'à présent. Contrairement aux jeunes femmes ayant régulièrement des rendez-vous chez leur gynécologue, les jeunes hommes fréquenteraient rarement un médecin. Pour réduire ces barrières d'accès au dépistage, l'Unité de santé sexuelle et de planning familial compte proposer un dépistage gratuit ou bon marché de la chlamydia, accompagné d'un conseil sur la prévention des IST, aux jeunes femmes et à leurs partenaires. Un dépistage de la chlamydia chez les jeunes est salué par plusieurs personnes interrogées, y compris parmi certains experts.

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Le travail de prévention primaire auprès la population sexuellement active à Genève peut être comparé à celui effectué par la Zürcher Aidshilfe. Dans le canton de Vaud, la Fondation Profa s'occupe à la fois de la santé sexuelle et de la prévention du VIH et des IST. En ce qui concerne l'éducation sexuelle dans les écoles zurichoises, l'offre est plus dispersée et moins complète qu'à Genève. Dans la ville de Zurich, Lust und Frust fait partie du service du médecin scolaire. L'association Liebesexundsoweiter est active à Winterthur, la deuxième ville la plus grande du canton. Un éducateur et une éducatrice de la Zürcher Aidshilfe interviennent dans les autres communes du canton et essaient de répondre à une forte demande. Dans le canton de Vaud, la fondation Profa intervient comme à Genève à différents moments du cursus scolaire et couvre également, avec le projet «Georgette in Love», différents lieux de vie extrascolaires (écoles du post-obligatoire, maisons de quartier, foyers éducatifs, milieux festifs, écoles hôtelières). En ce qui concerne la prévention secondaire, aussi bien la Zürcher Aidshilfe que Profa incluent un dépistage du VIH bon marché respectivement des autres IST dans leur offre. Dans le canton de Vaud, les autorités sont en train de réfléchir sur la mise en place d'un dépistage de la chlamydie pour les jeunes. Pour rendre ce dépistage meilleur marché, il ne serait pas accompagné d'un conseil.

2.3 POPULATION MIGRANTE¹⁴

2.3.1 BESOINS

Besoins en termes d'incidence du VIH et des IST

D'après l'Office fédéral de la statistique, environ 164 000 personnes d'origine étrangère entre 15 et 85 ans vivaient à Genève en 2014.¹⁵ Un peu plus de 8000 personnes viennent d'un pays avec une prévalence élevée de VIH. Sur ces 8000 personnes, 6700 viennent d'un pays de l'Afrique subsaharienne, 750 d'Amérique du sud et des Caraïbes,

¹⁴ Dans ce rapport nous utilisons une définition large de la population migrante, non limitée aux migrants des pays à haute prévalence mais intégrant également les migrants vulnérables (statut de séjour précaire, précarité sociale et économique, faible niveau de formation, isolement social et émotionnel etc.) comme préconisé dans le cadre MV+ de l'OFSP.

¹⁵ OFS, STAT-TAB (2014): population résidante permanente et non permanente selon les niveaux géographiques institutionnels, le sexe, la nationalité et l'âge. Les pays à haute prévalence étaient déterminés à l'aide de la base de données de l'OMPS sur <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22500>, accès en février 2016.

et 550 de Thaïlande.¹⁶ Sur une population d'environ 6700 personnes d'origine subsaharienne à Genève, il y a eu 12 cas de VIH déclarés en 2015. La proportion de cas de VIH déclarés affectant les ressortissants de l'Afrique subsaharienne a légèrement baissé entre 2010 et 2015 à Genève. Alors qu'en 2010, 26,2% des déclarations concernaient des migrantes et des migrants d'un pays subsaharien, ce chiffre est descendu à 17,9% en 2015. Pour la gonorrhée, le nombre de cas détecté chez des ressortissants d'un pays à haute prévalence se situe entre deux et huit, et entre deux et neuf cas pour la syphilis entre 2010 et 2015 (voir Annexe A1.1, tableau T 4.3).¹⁷ Pour la chlamydia des données précises font défaut. Les acteurs genevois interrogés ainsi que les experts externes s'accordent pour dire que l'incidence du VIH et des IST dans la population migrante à Genève varie d'une année à l'autre en raison des fluctuations migratoires importantes dans le canton. Certains acteurs genevois et les experts interrogés attirent l'attention sur la recrudescence du VIH et des IST ainsi que de l'injection de drogues par voie intraveineuse dans les pays d'Europe de l'Est.¹⁸ Certaines études sérieuses indiqueraient la progression d'une épidémie silencieuse du VIH dans les pays de l'Afrique du Nord.

Besoins en termes de prévention primaire

Dans le cadre du VCT migrant une étude auprès des requérants d'asile et des sans-papiers a été réalisée à Genève entre 2006 et 2010. Parmi les personnes interrogées 61% sont originaires de l'Afrique Subsaharienne, 12% du Moyen Orient, 9% de l'Amérique Latine, 8% de l'Europe (Balkan, Europe de l'Est) et 6% de l'Asie. 30% des répondants ne connaissent pas les modes de transmission du VIH, 27% citent des modes de transmission erronés et 10% ne savent pas comment se protéger. 63% ont pris des risques dans l'année en cours ou dans les années précédentes.¹⁹ Une étude plus récente de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive à Lausanne, réalisée entre 2013 et 2014, fournit des informations sur les comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse (étude ANSWER).²⁰ Même si les observations de l'étude ne peuvent pas être généralisées en raison du recrutement non aléatoire des participants et ne portent pas exclusivement sur la situation à Genève, des informations intéressantes peuvent en être tirées. L'étude montre que 54% des personnes interrogées ont des connaissances lacunaires sur les modes de transmission du VIH et 30% ne connaissent pas de campagne de prévention du VIH en Suisse. 40% des répondants déclarent utiliser parfois ou jamais un préservatif avec un partenaire occasionnel. L'étude ANSWER révèle également de nombreuses intersections entre les migrants, d'autres populations à risque et d'autres facteurs de vulnérabilité,

¹⁶ OFS, STAT-TAB (2014): population résidente permanente et non permanente selon le canton, le sexe, l'autorisation de résidence, la classe d'âge et la nationalité.

¹⁷ Pour le VIH l'OFSP indique le nombre de cas déclaré chez les ressortissants de l'Afrique subsaharienne alors que pour la syphilis et la gonorrhée il indique le nombre de cas déclarés chez les ressortissants d'un pays à haute prévalence sans préciser de quels pays il s'agit.

¹⁸ Voir aussi OFSP (2016): Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+. Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST.

¹⁹ Wetzel, Denis ; Jeannot, Emilien ; Durieux-Paillard Sophie (à publier) : Level of knowledge and behaviour regarding HIV/AIDS in a population of precarious migrants in Geneva. Geneva, Institute of Global Health, Faculty of Medicine, University of Geneva.

²⁰ Simonson, T.; Dubois-Arber, F.; Jeannin, A.; Bodenmann, P.; Bize, R. (2015): Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (Raisons de santé 248).

tels que la discrimination, les rapports sexuels forcés et les mutilations génitales féminines.

Besoins en termes de prévention secondaire

L'étude réalisée dans le cadre du VCT migrant montre que 35% des migrants précaires interrogés n'ont jamais fait un test du VIH.²¹ Des informations sur les besoins en de dépistage existent seulement pour les migrants d'origine subsaharienne. Dans l'étude ANSWER, 40% des répondants déclarent n'avoir jamais réalisé de test de dépistage du VIH pendant leur vie et 27% précisent ne pas savoir où réaliser un tel test. Les connaissances sur la transmission du VIH et les lieux de dépistage dépendent du niveau de formation. Selon une étude réalisée dans le cadre de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS), les personnes d'origine subsaharienne font partie des personnes séropositives testées tardivement, ce qui a des conséquences en termes de santé et de coûts. Le manque de connaissances par rapport à la transmission et aux symptômes du VIH expliqueraient les dépistages tardifs.²²

2.3.2 DISPOSITIF DE PRÉVENTION

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) conseille, en premier lieu, de développer des mesures de prévention ciblées sur des migrants risquant d'être infectés par le VIH après leur migration. Au niveau européen, de plus en plus de preuves scientifiques attestent qu'un nombre important de ressortissants des pays à haute prévalence ainsi que les migrants HSH sont concernés par une infection postmigratoire du VIH. L'ECDC recommande en outre de renforcer le dépistage du VIH, en particulier pour les migrants des pays à haute prévalence, migrants HSH y compris, par le biais des approches communautaires. Enfin, l'ECDC recommande de réduire les barrières d'accès à la prévention et au dépistage.²³ Alors que le dispositif de prévention genevois répond relativement bien à la première recommandation, on note un potentiel d'amélioration au niveau des deux autres recommandations.

T:1: Comparaison entre les prestations recommandées par l'ECDC et les prestations en place à Genève pour la population migrante

Prestations	ECDC	Prestations à Genève
Prévention primaire		
Prévention de proximité		GSG, USSPF
Conseil en santé sexuelle et planning familial à l'aide d'interprètes		USSPF (CAMSCO)
Prévention secondaire		
VCT HIV gratuit		PSM/GSG Première Ligne
Dépistage des IST		CAMSCO

Légende: vert = bon, orange = moyen, rouge = mauvais, gris = pas de réponse.

²¹ Voir note de bas de page 19

²² Hachfeld, A.; Ledergerber, B.; Darling, K. et al. Reasons for late presentation to HIV care in Switzerland. Journal of the International AIDS Society. 2015;18(1):20317. doi:10.7448/IAS.18.1.20317.

²³ European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.

Dispositif de prévention primaire

Le GSG et l'USSPF réalisent un travail de prévention de proximité auprès des migrants de différents pays d'origine. D'après les personnes interrogées, ce travail pourrait être mieux coordonné. Ces deux acteurs sont présents dans les lieux d'accueil des migrants tels que la Roseraie, Camarada et Espace Solidaire Pâquis. Par ce biais, le GSG a rencontré en 2015 plus de 3200 migrants, principalement des pays de l'Afrique subsaharienne. Le GSG a en outre proposé cinq ateliers de santé avec presque 200 participants portant sur le droit relatif à la santé, la santé sexuelle ainsi que la stigmatisation et l'exclusion liées au VIH.²⁴ Les migrantes et migrants y sont sensibilisés à la nécessité de se faire dépister et leur attention est attirée sur l'existence du VCT migrant. Alors que certains acteurs estiment qu'en particulier les ateliers sont bien fréquentés et appréciés par les migrants, d'autres mettent en doute l'efficacité et l'efficacité des activités de prévention primaire pour les migrants.

Les femmes migrantes peuvent également se rendre à l'USSPF dont les collaboratrices parlent plusieurs langues et peuvent faire appel à un interprète un cas de besoin. Parmi les nouvelles personnes consultant l'USSPF en 2015, 7,5% étaient des ressortissants de l'Afrique subsaharienne, 18% de l'Amérique du Sud et 2,5% de l'Asie.²⁵ L'USSPF a en outre une petite permanence à la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) des HUG, qui prend en charge des migrants précarisés tels que les sans-papiers.

Tous les acteurs actifs dans la prévention auprès des migrants recourent aux services des interprètes ou des médiateurs interculturels. Certains ont recours aux services de la Croix Rouge alors que d'autres ont formé eux-mêmes les médiateurs interculturels. Tous ont relaté des difficultés à fidéliser des médiateurs interculturels formés et à l'aise sur des questions de santé sexuelle. Pour pouvoir leur offrir un travail moins précaire et les rendre acteurs du message de prévention, le GSG a décidé d'engager deux collaborateurs à plein temps de deux pays de l'Afrique subsaharienne pour le travail de prévention de proximité auprès des migrants.

Dispositif de prévention secondaire

Lors de l'entretien initial de santé, le Programme santé migrants (PSM) des HUG propose à tous les requérants d'asile arrivés à Genève de visiter le VCT migrant. Le VCT migrant se trouve dans les locaux du PSM mais est financé par le Groupe Sida Genève. D'après nos interlocuteurs, la proposition de tests de dépistage est la porte d'entrée pour offrir aux requérants un message de prévention du VIH, des autres IST, voir des grossesses non désirées et pour aborder le thème de leur santé sexuelle afin de les préparer aux risques qu'ils peuvent rencontrer dans une ville comme Genève. Dans le cadre de ce VCT, 284 entretiens de conseil ont été réalisés en 2014. Trois quarts des patients rencontrés par le VCT migrant viennent d'Afrique subsaharienne. Sur les 284 personnes reçues par le VCT migrant en 2014, 271 ont fait un test VIH, soit une très faible proportion des 45 120 tests VIH effectués à Genève en 2014 (voir tableau T 3.2, en annexe A1.1). Première Ligne propose un VCT aux migrants consommateurs de drogues. La CAMSCO peut proposer un dépistage des IST dès lors qu'une

²⁴ Groupe Sida Genève, Rapport d'activité 2015.

²⁵ USSPF, Rapport d'activité 2015.

personne a pris un risque ou envoyer ses patients au VCT migrant. Ce dernier a également un projet d'ouvrir une petite permanence VCT à la CAMSCO.

Pour les migrants ne faisant pas partie des requérants d'asile ou les sans-papiers, il n'existe pas une offre de dépistage spécifique. Les quelque 6700 résidents d'origine subsaharienne à Genève, qui font partie des populations cibles testées tardivement (voir chapitre 2.3.1), ainsi que les autres migrants, dépendent donc largement du travail des médecins dans les cabinets privés et les hôpitaux. Toutefois, d'après les personnes interrogées, les médecins ne seraient pas suffisamment formés pour faire face à des patients qui ne dévoilent que rarement leur orientation sexuelle et ne veulent pas faire des tests de VIH par peur d'être stigmatisés dans leur communauté si leur séropositivité est connue. Les acteurs genevois ainsi que les experts interrogés s'accordent donc sur la nécessité de renforcer le dépistage du VIH et des IST dans la population migrante, mais ne sont pas d'accord sur la manière de procéder. Certains pensent qu'il faudrait accompagner les tests par un conseil alors que d'autres estiment qu'il faudrait surtout maximiser le nombre de tests effectués. Certains acteurs genevois estiment que le dépistage du VIH et des IST devrait être intégré dans une consultation médicale générale à l'exemple du VCT migrant. D'autres acteurs genevois plaident pour un VCT hors murs pour la population migrante.

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Le dispositif de prévention primaire pour les migrants à Genève est comparable à celui des cantons de Vaud et Zurich. La Zürcher Aidshilfe et Profa dans le canton de Vaud réalisent un travail de proximité auprès des migrants. À Zurich, la ZAH est présente dans les foyers de requérants d'asile. Les autorités vaudoises estiment que la prévention primaire devrait être encore renforcée, étant donné que des études dans le canton auraient révélé que de nombreuses personnes seraient infectées par le VIH après leur migration. On observe des différences plus marquées entre les trois cantons au niveau de la prévention secondaire. À Zurich, il n'existe pas de dispositif spécifique pour migrants. Le canton de Vaud a décidé de soumettre tous les requérants d'asile à un dépistage obligatoire conformément à un large consensus au niveau international, consistant à dépister les personnes le plus rapidement possible. Le dépistage chez les requérants d'asile a été attribué à l'Unité de soins aux migrants. Les autres migrants peuvent recourir aux tests anonymes du CHUV et de Profa.

2.4 HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH)

Besoins en termes d'incidence du VIH et des IST

D'après l'Office fédéral de la statistique, autour de 190 000 hommes entre 15 et 85 ans résidaient en Suisse en 2014.²⁶ Selon l'OFSP, 3% des hommes ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, ce qui revient à environ 5700 HSH à Genève.²⁷ En réalité, ce chiffre devrait être plus élevé à Genève étant donné que les HSH vivent principalement dans les cantons villes. Dans l'étude ANSWER menée auprès des ressortissants des

²⁶ OFS, STAT-TAB (2014): Population résidente permanente et non permanente selon le canton, le sexe, l'état civil et l'âge.

²⁷ OFSP Bulletin 2015, p. 344.

pays subsahariens, 8% des hommes ont indiqué avoir eu des rapports sexuels avec des personnes du même sexe dans leur vie, ce qui correspondrait à environ 600 HSH d'origine subsaharienne à Genève.²⁸

Sur une population de plus de 5700 personnes, 17 cas de VIH ont été déclarés chez des HSH en 2015. Entre 2010 et 2015, le nombre de cas de VIH détectés chez les HSH a augmenté considérablement jusqu'en 2012. Ensuite, ce chiffre a reculé à nouveau sans pour autant redescendre au niveau de 2010. Étant donné que le nombre d'infections récentes est resté relativement stable pendant la période étudiée et que le pic de 2012 est plutôt lié à des infections anciennes, on peut probablement en déduire un dépistage accru suite au lancement de *l'Urgent Action Plan*, élaboré par l'OFSP, dans la communauté HSH la même année plutôt qu'une poussée épidémique. Sur l'ensemble de cas de VIH déclarés à Genève, la proportion des HSH infectés a augmenté pendant la période étudiée. Le nombre de cas de gonorrhée déclarés chez les HSH a progressivement augmenté entre 2010 et 2015 et concerne actuellement un tiers des cas. Le nombre de cas de syphilis chez les HSH est resté relativement stable pendant la période sous revue mais elle concerne environ la moitié de tous les cas dépistés.

Besoins en termes de prévention primaire

L'enquête GaySurvey fournit des données comportementales concernant les HSH. Même si ces données concernent l'ensemble de la Suisse, elles ont également un intérêt pour le canton de Genève. Concernant les connaissances, les auteurs constatent une amélioration des informations connues sur la primo-infection depuis 2009. En cas de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, 64,1% des répondants utilisent systématiquement un préservatif. Les auteurs de l'enquête observent que la proportion des HSH, ayant eu au moins un rapport non protégé avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu dans les douze derniers mois, est en constante augmentation depuis 1994. L'étude GaySurvey montre également des interdépendances avec le groupe à risque des travailleurs du sexe (voir ci-après) et d'autres facteurs de vulnérabilité tels qu'une santé mentale fragile, la consommation de substances, les mauvais traitements, les violences verbales et physiques. D'après l'enquête, les jeunes HSH sembleraient plus touchés par des atteintes à la santé mentale et les cas de violence.²⁹

Besoins en termes de prévention secondaire

En ce qui concerne le dépistage, 81,3% des répondants de GaySurvey ont fait un test VIH et 77,5% un test des IST au cours de leur vie. Les douze derniers mois, environ deux répondants sur cinq se sont faits dépister pour le VIH et la moitié pour les autres IST, conformément aux recommandations de *l'Urgent Action Plan*. L'étude réalisée dans le cadre de la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) révèle que les HSH sont généralement dépistés rapidement dans le cadre d'un examen de routine et après l'exposition à une situation de risque.³⁰

²⁸ Voir note de bas de page 16 et 20.

²⁹ Voir également Häusermann, Michael ; Wang, Jen (2003): *Projet santé gay. Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève*. Genève, Dialgai.

³⁰ Voir note de bas de page 8

Dispositif de prévention HSH

Concernant la prévention du VIH et des IST, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) met à disposition un guide de bonnes pratiques de prévention auprès des HSH, basé à la fois sur des revues systématiques et des recommandations d'experts.³¹ Dans l'ensemble, le dispositif de prévention pour les HSH à Genève couvre relativement bien les différentes composantes et prestations recommandées par l'ECDC (voir tableau T 2.3).

T 2.3: Comparaison entre les prestations recommandées par l'ECDC et les prestations en place à Genève pour les HSH

	ECDC		Prestations à Genève
	Évidence dans les revues	Recommandations d'experts	
Prévention primaire			
Campagne médiatique	Probable	Recommandé	OFSP/Checkpoints, Break-the-Chain, Stop Syphilis
Message de prévention sur internet	Possible	Recommandé	Checkpoint, GSG
Campagne pour l'égalité des LGBT	En attente	Recommandé	Dialogai, GSG, Lestime, 360
Conseil individuel	Possible	Recommandé	Checkpoint, GSG
Intervention en groupe par des pairs	Forte	Recommandé	Dialogai: atelier de santé
Prévention de proximité par des pairs	Forte	Recommandé	Checkpoint mobile, GSG
Matériel de prévention			
Vaccin hépatite A + B	Forte	Recommandé	Checkpoint, Structures médicales
Vaccin HPV	En attente	Sous certaines conditions*	Checkpoint, SSEJ
Préservatifs	Forte	Recommandé	Checkpoint, GSG
Prévention post-exposition (PEP)	Probable	Recommandé	Checkpoint, HUG
Prévention préexposition (PrEP)	Possible	Sous certaines conditions*	Consultation VIH, Checkpoint : prescrit au cas par cas
Prévention secondaire			
Dépistage régulier de toutes les IST	Probable	Recommandé	Checkpoint (mobile)
Tests VIH	Probable	Recommandé	Checkpoint (mobile) Structures médicales
Structures de soins compétentes en matière de santé HSH	En attente	Recommandé	Checkpoint Médecins généralistes
Formation des prestataires de soins	En attente	Recommandé	Médecins généralistes

Légende: vert = bon, orange = moyen, rouge = mauvais, gris = pas de réponse. * recommandé par l'OMS pour la PrEP (November 2015 WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP))

³¹ European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.

Prévention primaire

Pour ce qui concerne la prévention primaire respectivement la promotion de la santé, l'ECDC recommande cinq prestations (voir tableau T 2.3), qui devraient fournir des informations précises et accessibles aux HSH. Ces informations devraient leur permettre d'évaluer leurs risques de santé sexuels, y compris ceux liés à la consommation de substances. D'après l'ECDC, certaines prestations telles que les campagnes médiatiques et la sensibilisation aux enjeux d'équité des LGBT, pourraient également s'adresser à la population générale et cibler des HSH qui ne se considèrent pas comme gay. Pour être efficace sur le long terme, les conseils individuels sont idéalement associés au dépistage du VIH et des IST ainsi qu'aux interventions en groupe. Pour ces dernières ainsi que pour la prévention de proximité par des pairs, les preuves sont particulièrement probantes.

L'évaluation montre que le dispositif de prévention à Genève englobe toutes les prestations de promotion de la santé auprès des HSH proposées par l'ECDC. Ce dispositif ne couvrirait toutefois pas suffisamment deux sous-groupes, à savoir les migrants HSH et les jeunes HSH. Les jeunes HSH seraient particulièrement exposés au VIH et aux IST pendant la recherche de leur orientation sexuelle alors que leurs besoins ne seraient pas suffisamment pris en compte pendant l'éducation sexuelle à l'école (voir chapitre 2.2.2). Quelques personnes interviewées se demandent en outre s'il est judicieux que deux associations, Groupe Sida Genève et Dialogai, responsable du checkpoint, soient impliquées dans ces activités. Pour une grande partie des personnes interrogées, cet arrangement avec deux associations semblerait pertinent. Ils arguent du fait que certains HSH ne se sentent pas à l'aise avec l'approche « militante » de Dialogai et devraient pouvoir être sensibilisés par les actions de terrain du Groupe Sida Genève. Pour rendre le travail des deux associations plus efficaces, quelques personnes proposent que chacune d'entre elles se focalise encore plus sur des sous-groupes des HSH. A ce jour, Dialogai est présente dans les hotspots gay et sur la scène virtuelle, peu couverte actuellement, alors que GSG se concentre sur les lieux fréquentés par des HSH qui ne s'identifient pas comme étant gay.

En ce qui concerne le matériel de prévention, le guide de l'ECDC propose cinq mesures (voir tableau T 2.3). D'après les informations tirées des entretiens et des documents étudiés, les vaccins de l'hépatite A et B, le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV), les préservatifs, la PEP et la PrEP sont proposés aux HSH par le checkpoint et d'autres structures. Des essais cliniques auraient montré une diminution des infections du VIH de l'ordre de 84 à 86% avec la PrEP et un bon rapport coût-efficacité. L'Organisation mondiale de Santé, l'ECDC et la Commission fédérale de santé sexuelle (CFSS) recommandent la PrEP pour un nombre limité de personnes particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH.³² D'après l'ECDC, la prescription de la PrEP en dehors d'un essai clinique devrait cependant répondre à un certain nombre de questions, telles que l'impact à long terme sur l'utilisation des préservatifs, les IST, le développement des résistances aux médicaments et le rapport-coûts bénéfice. La CFSS recommande également un suivi des prescriptions de la PrEP. Dans les entretiens, plu-

³² Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse, OFSP, Bulletin 4, 25 janvier 2016.

WHO : Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, Geneva, September 2015

sieurs acteurs genevois interrogés ont souligné l'importance de compléter le dispositif de prévention par la PrEP. Un projet pilote entre plusieurs acteurs est en cours d'élaboration.

Prévention secondaire

En termes de prévention secondaire, l'ECDC recommande de promouvoir des VCT pour le VIH aussi bien dans les hôpitaux qu'à travers des approches communautaires et de prévention de proximité (outreach). Toutes les IST devraient être dépistées chez des HSH asymptomatiques de manière régulière et adéquate. Les prestataires de soins devraient être compétents en matière de santé des HSH (connaître les risques et les besoins spécifiques des HSH et les aborder sans jugement). Les besoins de santé englobent non seulement la santé sexuelle, mais également la santé mentale et l'utilisation des substances. Des structures spécifiques soutenues par la communauté des HSH, à l'image des checkpoints, sont mentionnés comme de bons exemples dans le guide de l'ECDC. Par ailleurs, des structures de soins généraux peuvent accueillir des HSH convenablement pourvu que leurs employés soient formés régulièrement sur les besoins de santé HSH.

Le checkpoint répond largement à ces recommandations. Sur une population de plus de 5700 HSH, le checkpoint a réalisé 833 tests VIH et 1694 tests des autres IST en 2014.³³ Une avancée notable ces dernières années s'est traduite par l'augmentation des tests des IST dans les checkpoints suite à la division du coût du dépistage des IST par quatre. Deux cinquièmes des tests VIH positifs chez les HSH à Genève en 2014 ont été réalisés par les checkpoints. Trois cinquièmes des tests positifs ont été réalisés par d'autres structures médicales. Plusieurs personnes interrogées estiment qu'il y aurait un potentiel d'amélioration du côté des médecins généralistes, aussi bien au niveau du dépistage correct du VIH et des IST que du conseil qui l'accompagne. L'enquête Gay Survey montre en effet que les centres de tests anonymes (checkpoint et autres) proposent, de manière relativement systématique, un conseil avant ou après le test VIH alors qu'il est peu proposé chez les médecins où une proportion importante des tests sont effectués. De plus, seuls trois cinquièmes des répondants indiquent que leur médecin est au courant de leur orientation sexuelle et ils sont encore moins nombreux à parler ouvertement de leur vie sexuelle.³⁴

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Dans l'ensemble, le dispositif de prévention est comparable dans les trois cantons, étant donné qu'ils ont tous un checkpoint. Cependant, on constate deux différences notables. D'une part, dans les deux cantons, il y a seulement les checkpoints, chapeautés par la Zürcher Aidhilfe respectivement par Profa dans le canton de Vaud, qui sont actifs dans la prévention auprès des HSH. Les autorités de ces cantons estiment qu'il est plus efficace de concentrer le savoir dans une structure. D'autre part, les checkpoints zurichois et vaudois s'adressent aussi à des personnes transgenre alors qu'un dispositif pour cette population fait défaut à Genève.

³³ Rapport d'activité Dialogai 2014.

³⁴ Locicero, S.; Bize, R.: Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015 (Raisons de santé 253).

2.5 TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DU SEXE

2.5.1 BESOINS

Besoins en termes d'incidence du VIH et des IST

Selon un rapport de la Cour des Comptes, environ 6454 travailleuses du sexe étaient enregistrées à Genève en 2013, mais seulement entre 800 et 1000 étaient actives quotidiennement. Parmi les travailleuses du sexe enregistrées durant l'année 2013, 95% sont d'origine étrangère et viennent majoritairement d'un pays de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange. Le nombre de travailleurs du sexe n'est pas connu.³⁵

Actuellement, il n'existe, ni à Genève ni en Suisse, des données précises sur la prévalence ou l'incidence du VIH et des IST parmi les travailleuses et travailleurs du sexe. L'enquête SWAN devait fournir une prévalence autorapportée d'ici l'été 2016.³⁶ D'après l'OFSP, la prévalence du VIH est comparable et celle des IST plus élevée parmi les travailleuses du sexe que dans la population générale.³⁷ Un rapport du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) montre que la prévalence autoproclamée parmi les travailleuses du sexe est supérieure à 1% dans vingt pays d'Europe et d'Asie centrale, et supérieure à 5% dans six pays dont la Lettonie (22%), la Moldavie (11,6%), l'Ukraine (7,3%), l'Estonie (6,2%), le Belarus (5,8%) et le Portugal (5,7%).³⁸

Besoins en termes de prévention primaire

D'après l'évaluation APiS, les travailleuses du sexe actives sur le marché du sexe depuis plusieurs années connaissent les règles du safer sexe alors que ce n'est pas forcément le cas chez les nouvelles arrivantes. Toutefois, ces règles ne sont pas toujours suivies, notamment pour la fellation, en raison de la concurrence accrue sur le marché du sexe ainsi que des fortes pressions de la part des clients et des propriétaires de salons.³⁹ Des enquêtes réalisées dans le cadre du VCT migrant à Genève ainsi que dans le canton de Vaud sont arrivées aux mêmes conclusions. Des informations précises sur l'utilisation du préservatif par les travailleuses de sexe font défaut. Moins de la moitié des patientes de la consultation gynécologique à Zurich – majoritairement des travailleuses de sexe – utilisent un préservatif.⁴⁰ Parmi les travailleuses de sexe consommant des drogues, 72,7% utilisaient systématiquement un préservatif en 2011.⁴¹ Environ un dixième des travailleurs du sexe ayant répondu à l'enquête GaySurvey en 2014 a utilisé un préservatif.

³⁵ Cour des comptes (2014): Évaluation de la politique publique en matière de prostitution, Rapport No. 85.

³⁶ <http://swan-project.weebly.com/rapports.html>, accès le 3 mai 2016

³⁷ OFSP (2016): Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+. Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST.

³⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Sex workers. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.

³⁹ Bize, R.; Ernst, M-L.; Ruckstuhl, B.; Henry, V.; Stadelmann, S.; Dubois-Arber, F.: Évaluation de l'offre APiSa de prévention du VIH et des autres IST dans le commerce du sexe en Suisse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015. (*rapport non publié*)

⁴⁰ Wuschek, Ulrike (2014): Gynäkologische Sprechstunde: Datenanalyse 2013. Stadt Zürich, Städtische Gesundheitsdienste.

⁴¹ Locicero, S.; Gervasoni, J-P.; Jeannin, A.; Dubois-Arber, F.: Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 1993-2011. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013 (Raisons de santé, 220).

vatif lors de la fellation et trois sur cinq lors de la pénétration anale.⁴² Le cadre migration de l'OFSP ainsi que de l'ECDC montre de nombreuses intersections avec les autres groupes à risque (prévalence du VIH plus élevée chez les travailleuses et travailleurs HSH, transgenre, injecteurs de drogues, ressortissants d'un pays à haute prévalence) ainsi que des facteurs de vulnérabilité comme la discrimination, la stigmatisation, la violence, les grossesses non désirées et l'accès limité aux soins.⁴³

Besoins en termes de prévention secondaire

Concernant les travailleuses du sexe, il n'existe aucune étude sur leur taux de dépistage. Concernant les travailleurs du sexe, GaySurvey montre qu'un tiers des répondants a eu recours à un test VIH au cours des deux derniers mois.⁴⁴

2.5.2 DISPOSITIF DE PRÉVENTION

Pour les travailleuses-eurs du sexe, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) propose deux actions de prévention prioritaires. Premièrement, l'ECDC propose de renforcer les programmes de prévention et de dépistage pour les travailleuses-eurs du sexe et particulièrement les sous-groupes les plus vulnérables (travailleuses/travailleurs du sexe s'injectant des drogues, transgenre, HSH, migrants). Deuxièmement, il conviendrait de réduire les barrières d'accès aux services de santé. Dans le domaine de la santé sexuelle, l'ECDC décrit des bonnes pratiques telles que la prévention de proximité, des campagnes s'adressant aux clients, l'éducation par des pairs, la formation, des supports d'information et des centres de conseil à bas seuil.⁴⁵ Le dispositif de prévention répond partiellement à ces recommandations (voir tableau T 2.4). Selon plusieurs acteurs interrogés, dont les experts, il faudrait investir plus de moyens dans la prévention auprès des travailleurs du sexe.

T 2.4: Comparaison entre les prestations recommandées par l'ECDC et les prestations en place à Genève pour les travailleuses-eurs du sexe

Prestations	ECDC	Prestations à Genève
Prévention primaire		
TdS s'injectant des drogues		Boulevards Première Ligne,
TdS HSH		Aspasie, Boulevards, Checkpoint
TdS transgenre		Aspasie, Boulevards
TdS migrants		Aspasie, Boulevards
Vaccin hépatite B gratuit		Aspasie
Distributions de préservatifs		Aspasie, Boulevards, Première Ligne
Prévention secondaire		
Dépistage des IST		Aspasie, Boulevards, Checkpoint, Consultation VIH
Tests VIH		Aspasie, Boulevards, PSM/GSG, Checkpoint

Légende: vert = bon, orange = moyen, rouge = mauvais, gris = pas de réponse.

⁴² Voir note de bas de page 34.

⁴³ Voir note de bas de page 38 et 37.

⁴⁴ Voir note de bas de page 34

⁴⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2013.

Prévention primaire

À Genève, deux associations sont actives dans la prévention auprès des travailleuses et travailleurs du sexe, et principalement auprès des femmes migrantes. L'association Boulevards, subventionnée par la Direction générale de la santé, mène un travail de prévention chez les travailleuses du sexe dans la rue et y est présente, par le biais de deux bus garé dans deux lieux différents. L'association Aspasia est financée par la ville de Genève et fait partie du Programme APIS de l'Aide Suisse. Aspasia réalise un travail de prévention dans les salons et les cabarets, et reçoit les travailleuses du sexe dans une structure à bas seuil. Elle leur propose également un soutien psychosocial. Les deux associations mettent à disposition du matériel d'information, des bons pour un vaccin gratuit de l'hépatite, des préservatifs ainsi que des lubrifiants gratuits. L'offre de ces derniers serait largement insuffisante pour les travailleuses du sexe dans la rue prises en charge par Boulevards.

En ce qui concerne les travailleuses du sexe les plus vulnérables évoquées par l'ECDC, le travail du sexe lié à l'injection de drogues n'est actuellement plus un grand problème à Genève d'après les personnes interrogées. La prévention auprès des travailleurs du sexe HSH en collaboration avec le Checkpoint semblerait efficace. Plusieurs personnes estiment néanmoins que le dispositif de prévention ne couvre pas assez les travailleuses du sexe transgenre et devrait se focaliser plus sur les migrants avec un permis de séjour de courte durée et pouvoir s'adapter aux flux de migrants changeants. Actuellement, le bus Boulevards ne peut répondre à l'arrivée massive de travailleuses du sexe roumaines, hongroises et bulgares qu'avec le soutien ponctuel du bureau d'intégration des migrants, mais cette offre devrait être pérennisée. Pour augmenter l'efficacité du travail de prévention d'Aspasia dans les salons et les cabarets, la coordination entre Aspasia et la Brigade des mœurs devrait être améliorée selon plusieurs personnes interrogées. La Brigade des mœurs devrait fournir les changements d'adresse des établissements à Aspasia et la Direction générale de la santé renforcer le rôle de pilotage dans le groupe interdisciplinaire sur la prostitution.

En termes de prévention structurelle, Aspasia vise, à travers des projets de sensibilisation chez les clients et les propriétaires d'établissement tels que Fairsexwork, à créer un environnement permettant aux travailleuses du sexe d'exiger l'utilisation de préservatifs. Pour une partie des experts interrogés, ce travail de prévention structurelle serait suffisant et ne devrait pas être complété par des mesures de prévention primaire pour les clients vu la faible prévalence du VIH parmi ces derniers ainsi que la taille de cette population, qui engloberait environ un homme sur cinq. Or, plusieurs acteurs genevois interviewés pensent qu'il est important d'inclure les clients dans la prévention primaire, par exemple par le biais des VCT ou des campagnes grand public sur les risques liés au travail du sexe.

Prévention secondaire

Actuellement, les travailleuses du sexe ont accès gratuitement au VCT Aspasia qui a lieu au Programme santé migrants (voir chapitre 2.3) et les travailleurs du sexe au VCT du checkpoint (voir chapitre 2.4). Sur une population d'environ 1000 personnes, 69 travailleuses du sexe et 43 travailleurs du sexe ont profité du VCT en 2014. En cas de rupture de préservatifs, les travailleuses et travailleurs du sexe ainsi que leurs clients sont relayés par Boulevards et Aspasia vers des laboratoires privés qui réalisent un

dépistage des cinq maladies sexuellement transmissibles pour 130 francs ou aux HUG (mais souvent le délai dépasse les 48h préconisés) pour obtenir la prévention post-exposition (PEP). Les travailleuses du sexe sans permis de séjour peuvent recourir aux prestations du CAMSCO pour le dépistage des IST (voir chapitre 2.3). Pour les travailleuses du sexe transgenre particulièrement vulnérables, il n'y a pas d'offre de dépistage spécifique sur Genève, mais certaines fréquentent le Checkpoint Genève. Elles peuvent aussi se rendre au Checkpoint Vaud qui dispose d'une offre transgenre spécifique.

Selon les acteurs interrogés, les travailleuses du sexe devraient en principe s'affilier à une assurance maladie, mais elles ne le font pas toujours. Si elles le font, elles choisissent une franchise très élevée et ne se font ni dépister ni soigner pour le VIH et les IST. Plusieurs acteurs interrogés, dont les experts, estiment par conséquent qu'il faudrait proposer un dépistage gratuit des cinq maladies sexuellement transmissibles. Alors qu'un nombre plus important de personnes interrogées sont de l'avis qu'un tel dépistage devrait se faire dans une structure médicale, une minorité de personnes interrogées envisagerait également des actions de dépistage sur le terrain.

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Le dispositif de prévention à Genève couvre mieux les établissements du travail du sexe que l'association Fleur de Pavé dans le canton de Vaud, qui est surtout présente dans la rue. Par contre, le dispositif de prévention zurichois semble supérieur à celui de Genève sur plusieurs plans. D'abord, les structures de prévention communales (Flora Dora, Permanence Kanonengasse) ont été créées dans les années 1980 pour faire face à la crise de la drogue secouant la ville de Zurich et sont aujourd'hui principalement dédiées au travail du sexe. À Genève, des ressources dédiées à Boulevards pour la prévention auprès des travailleuses du sexe s'injectant des drogues ont été par contre absorbées par Première Ligne et n'ont pas été réaffectées aux nouveaux besoins du marché du sexe. Ensuite, la consultation gynécologique de la permanence Kanonengasse constitue une sorte de checkpoint pour les travailleuses du sexe (voir encadré). Enfin, le travail dans la commission communale de prostitution est jugé efficient et efficace. Cette commission est constituée des acteurs de prévention, de la police ainsi que des départements des affaires sociales, de la construction, de la santé et de l'environnement. Grâce aux données de la consultation gynécologique, la commission peut réagir rapidement aux évolutions sur le marché du travail du sexe et garantir les flux d'informations entre les acteurs concernés. Ce dispositif au niveau de la ville de Zürich est complété par la Zürcher Stadtmission/Isola Victoria, qui intervient au niveau cantonal suite au déplacement du marché du sexe dans l'agglomération zurichoise.

Consultation gynécologique de la permanence Kanonengasse à Zurich – un checkpoint pour les travailleuses du sexe?

La permanence Kanonengasse a été fondée en 1986 et trouve ses origines dans la crise de la drogue secouant Zurich à l'époque. Aujourd'hui, la permanence est une structure comparable à la Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) des HUG. La consultation gynécologique de la permanence Kanonengasse a été fondée en 2003 pour pallier le manque de structures médicales pour les femmes toxicomanes. Aujourd'hui, les travailleuses du sexe constituent la principale clientèle de la consultation gynécologique. La consultation leur offre toute une palette de prestations liées à la santé sexuelle (prévention, dépistage et traitement des IST, prévention et dépistage de l'hépatite et du VIH, planning familial, surveillance des gros-

resses, orientation vers des offres d'aide, triage médical). En 2013, environ 2500 consultations pour près de 1000 patientes ont été offertes par la consultation gynécologique. Un rendez-vous n'est pas nécessaire et les prestations peuvent être demandées de manière anonyme. Les collaboratrices disposent d'une longue expérience dans le travail interculturel ainsi que dans le dépistage précoce des maladies psychologiques ou des dépendances. Elles peuvent faire appel à des interprètes interculturelles. Les prestations préventives sont financées par la ville de Zurich. Les autres prestations sont soit financées par l'assurance maladie soit couvertes par un forfait journalier que les patientes doivent payer elles-mêmes. Au cas où une patiente est démunie, ses prestations peuvent être prises en charge. Les consultations permettent de recueillir des données sur les pays d'origine, le permis de séjour, le lieu de travail du sexe, l'utilisation des moyens de contraception – compris les préservatifs – et les prestations demandées.

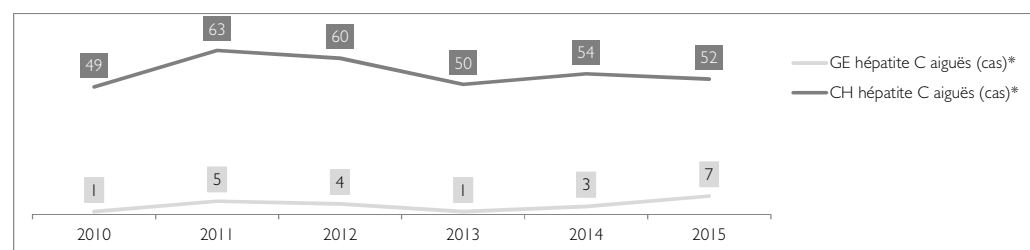
2.6 PERSONNES S'INJECTANT DES DROGUES

2.6.1 BESOINS

Besoins en termes de VIH et d'IST

Dans son rapport d'activité de 2014, Première Ligne indique avoir 1200 clients différents.⁴⁶ Dans ce groupe à risque, le nombre de cas de VIH à Genève a fluctué entre zéro et trois entre 2010 et 2015 (voir annexe A1.1). D'après l'OFSP, la majorité des nouvelles infections avec l'hépatite C aiguë sont liées à la consommation de drogue par voie intraveineuse. Le nombre de déclarations est relativement stable, aussi bien à Genève qu'au niveau de la Suisse (voir tableau T 2.5). À l'échelle de la Suisse, la prévalence de l'hépatite C se situe entre 0,7 et 1% de la population.⁴⁷ La prévalence rapportée de l'hépatite C est de 42,1% chez les injecteurs de drogues et de 2,7% chez les non-injecteurs).⁴⁸

T 2.5: Comparaison du nombre de cas d'hépatite C aiguë à Genève et en Suisse



Source: OFSP: système de déclaration.

Besoins en termes de prévention primaire

Parmi les clients de Quai 9, la consommation par voie d'injection a baissé en faveur d'autres modes de consommation de drogues. Cela reflète une tendance générale également observable dans les autres structures à bas seuil d'accès au niveau de la Suisse.

⁴⁶ Première Ligne, Rapport d'activité 2014.

⁴⁷ OFSP: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/index.html?lang=fr>, accès le 3 mai 2016.

⁴⁸ Locicero, S.; Gervasoni, J-P.; Jeannin, A.; Dubois-Arber, F.: Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès (SBS) en Suisse. Tendances 1993-2011. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013 (Raisons de santé, 220).

En 2011, seulement 40% des consommateurs de drogues ont déclaré avoir recours à l'injection. La proportion de répondants indiquant avoir eu recours à des seringues utilisées est en diminution. En 2011, 4,9% des répondants avaient partagé des seringues dans le mois précédent l'enquête. Le partage de matériel pour préparer les injections est plus fréquent, mais est également en diminution. Les auteurs de l'étude concluent que cette persistance du partage de matériel constitue un risque de transmission, en particulier du virus de l'hépatite C. 47,7% des clients des structures à bas seuil ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. 58,8% ont systématiquement recours à un préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et 72,7% dans le cadre du travail du sexe. 49,6% des répondants étaient vaccinés contre le virus de l'hépatite B. Cependant, les structures de bas seuil n'ont pas seulement un impact sur la réduction du risque sur le plan individuel mais également au niveau sociétal. Ainsi, la proportion de répondants indiquant avoir consommé sur la voie publique a beaucoup diminué entre 1994 et 2011. Le local d'injection reste le lieu préféré d'injection pour un tiers des répondants injecteurs de drogues.⁴⁹

Il existe des intersections avec d'autres groupes à risques. Ainsi, l'étude ANSWER montre que 3,7% des répondants originaires d'un pays de l'Afrique subsaharienne font usage de drogues par voie intraveineuse (voir chapitre 2.3). Le travail du sexe était indiqué comme source de revenus dans le mois précédant l'enquête par 4,4% de clients injecteurs de drogues des structures à bas seuil et par 2,6% de clients non-injecteurs en 2011. Parmi cette clientèle, un cinquième des injecteurs de drogues indique avoir été incarcéré durant les deux dernières années. De nombreux autres facteurs de vulnérabilité sont présents parmi les clients des structures à bas seuil d'accès. Environ 10% étaient sans domicile fixe et moins de la moitié ont travaillé en 2011.

Besoins en termes de prévention secondaire

Parmi la clientèle des structures à bas seuil d'accès, 90,7% (93,9% chez les injecteurs de drogues) ont déjà été testés pour le VIH et 81,1% (88,4% chez les injecteurs de drogues) pour le virus de l'hépatite C.⁵⁰

2.6.2 DISPOSITIF DE PRÉVENTION

L'ECDC recommande des interventions pour la réduction des risques, la mise à disposition des seringues, les thérapies de substitution, des programmes de dépistage du VIH basés sur des approches communautaires, des approches ciblées sur les travailleuses du sexe, les migrants, les HSH, et des programmes de prévention et de dépistage de l'hépatite C.⁵¹ Le dispositif de prévention à Genève répond largement à ces recommandations.

Prévention primaire

L'ensemble des acteurs interrogés estiment que les personnes s'injectant des drogues sont bien couvertes par le dispositif de prévention et que le local d'injection, le Quai 9

⁴⁹ Voir note de bas de page 48

⁵⁰ Voir note de bas de page 48

⁵¹ European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Thematic report: People who inject drugs. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.

géré par l'association Première Ligne, a contribué de manière efficace à la réduction de la transmission du VIH et des autres IST dans ce groupe à risque. Or, les experts ainsi que quelques acteurs genevois interrogés soulignent l'importance de maintenir le dispositif de prévention pour éviter une nouvelle poussée épidémique parmi les personnes s'injectant des drogues. De plus, ils estiment que le Quai 9 a un impact important sur le plan social et sécuritaire, dépassant largement la prévention du VIH et des IST. Alors que le Quai 9 n'est pas remis en question, certains acteurs genevois se demandent si ses prestations devraient être financées complètement par l'enveloppe VIH.

Prévention secondaire

Sur les quelque 1200 usagers de drogues fréquentant le Quai 9, 41 personnes ont fait un VCT en 2014.⁵² Les consommateurs de drogues peuvent occasionnellement faire un test de l'hépatite C à Quai 9 ou être référés ailleurs pour en faire un. Dans le canton de Genève, les consommateurs de drogues ayant une couverture santé ont en principe également accès au traitement, mais encore trop peu sont traités. On pourrait faciliter l'accès au dépistage en le proposant dans le Quai 9.

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Dans le canton de Vaud, il n'existe pas actuellement de local d'injections, mais un réseau de structures à bas seuil réalise des mesures de prévention du VIH et des IST (remise de matériel d'injection). Vu le travail social important qu'ils effectuent, les locaux de consommation zurichois sont financés par le département des affaires sociales.

2.7 PERSONNES INCARCÉRÉES

2.7.1 BESOINS

Besoins en termes d'incidence du VIH et des IST

À Genève, les prisons comptent 719 places.⁵³ Avec 376 places, la prison de Champ-Dollon, dédiée à la détention préventive, est la plus grande prison du canton. Avec 168 places, la prison de Brenaz est la plus grande prison pour l'exécution des peines. Étant donné que les prisons genevoises, et particulièrement Champ-Dollon, sont surpeuplées selon plusieurs personnes interrogées, la population incarcérée à Genève dépasse probablement 1000 personnes.

Les incidences du VIH et des IST dans les prisons genevoises ne sont pas connues, mais sont vraisemblablement plutôt faibles. Néanmoins, le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP) collecte régulièrement des données épidémiologiques sur la population incarcérée dans la prison préventive de Champ-Dollon. Dans le cadre d'un projet réalisé entre 2009 et 2011, des sérologies du VIH, de la syphilis, de l'herpès de type 2 ainsi que des hépatites A, B et C ont été réalisées:

- *VIH*: la prévalence du VIH était inférieure à 1% dans la population incarcérée. Une étude actuellement en cours ciblant spécifiquement les détenus de l'Afrique

⁵² Première Ligne, Rapport d'activité 2014.

⁵³ <http://www.ge.ch/dgocd/pratiques.asp>, <http://www.ge.ch/curabilis>, accès 16 février 2016, Prison de Champ Dollon (2013): rapport d'activité.

subsaharienne révèle néanmoins une prévalence d'environ 4% au sein de cette population. Cette prévalence correspond aux prévalences du VIH observées dans les pays d'Afrique de l'Ouest.

- *Syphilis*: pour la syphilis, la prévalence était de 1,5% et donc supérieure à la prévalence au sein de la population générale.
- *Hépatite B*: pour l'hépatite B chronique, la prévalence s'élevait à 5,9%, donc 33 fois plus élevée que dans la population suisse en général. On observe un gradient très fort selon l'origine, qui reflétait les cartes d'endémicité dans les pays d'origine. Elle était particulièrement élevée parmi les détenus de l'Afrique subsaharienne et, dans une moindre mesure, de certains pays des Balkans. En revanche, l'injection de drogues par voie intraveineuse n'était pas un facteur de risque prépondérant pour l'infection par le virus de l'hépatite B.
- *Hépatite C*: pour l'hépatite C, la prévalence était de 7%. 70% des détenus ayant déclaré s'être injecté des drogues au cours de leur vie étaient infectés par l'hépatite C. L'étude en cours sur les détenus d'origine subsaharienne va probablement révéler une prévalence légèrement supérieure à celle observée dans la population générale, mais les infections par l'hépatite C ne semblent pas liées à l'injection de drogues au sein de cette population originaire d'Afrique subsaharienne.

Les études sur l'herpès génital et la chlamydia dans la prison de Champ-Dollon montrent également une prévalence supérieure dans la population incarcérée à celle de la population générale.

Besoins en termes de prévention primaire

Les comportements à risque liés à l'injection des drogues ne semblent plus être très répandus d'après les personnes interrogées et une étude réalisée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) au niveau de la Suisse. Parmi les consommateurs de drogues incarcérés pendant les deux ans précédant l'enquête en 2011, 12,2% indiquent s'être injecté des drogues en prison. Parmi ces personnes, une sur dix indique avoir utilisé une seringue usagée.⁵⁴ En revanche, il y a un manque d'information à combler dans la population incarcérée. Ainsi, seulement 25% des patients détenus connaissaient les modes de transmission et de protection de l'hépatite B selon une étude réalisée par le SMPP. Des personnes interviewées ont également relevé des méconnaissances par rapport aux modes de transmission du VIH dans la population incarcérée.

Besoins en termes de prévention secondaire

En termes de dépistage, 75% des personnes infectées par l'hépatite C ont connaissance de leur maladie alors que 87% des personnes infectées par l'hépatite B ne connaissent pas leur statut sérologique. S'il y a un screening de l'hépatite B dans la prison, des nouveaux cas peuvent donc être dépistés.

⁵⁴ Voir note de bas de page 48

2.7.2 DISPOSITIF DE PRÉVENTION

Dans ses recommandations, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) met l'accent sur la prévention primaire, la réduction des risques et la prévention secondaire. En outre, l'ECDC recommande de renforcer la coordination sur les questions du VIH et les personnes incarcérées.⁵⁵ Dans l'ensemble, le dispositif de prévention à Genève répond à ces recommandations et inclut d'autres prestations telles que le conseil, le vaccin de l'hépatite B et le dépistage d'autres IST (voir tableau T 2.6)

T 2.6: Comparaison entre les prestations recommandées par l'ECDC et les prestations en place à Genève pour les personnes incarcérées

Prestations	ECDC	Prestations à Genève
Prévention primaire et réduction des risques		
Conseil		SMPP, VCT GSG
Distribution de préservatifs		SMPP
Vaccins de l'hépatite B		SMPP
Thérapie de substitution de drogues		SMPP
Distribution de seringues		Première Ligne, SMPP
Prévention secondaire		
Dépistage de l'hépatite C		SMPP
Dépistage des autres IST		SMPP
Tests de VIH		SMPP, VCT GSG

Légende: vert = bon, orange = moyen, rouge = mauvais, gris = pas de réponse.

Prévention primaire et réduction des risques

Dans la prison préventive de Champ-Dollon, le SMPP a commencé de faire un travail d'éducation sexuelle individuelle chez les patients détenus, qu'il souhaiterait renforcer et compléter par l'éducation sexuelle en groupe. Pour les professionnels de santé, des formations continues sur les maladies sexuellement transmissibles sont organisées régulièrement pour les infirmières et les médecins. Dans la prison d'exécution des peines, Brenaz, les prisonniers peuvent bénéficier d'un conseil dans le cadre d'un VCT bimensuel soutenu par le GSG (voir ci-dessous).

Le SMPP facilite l'accès des détenus aux préservatifs; des programmes de substitution d'opiacés et d'échange de seringues sont également mis en œuvre afin de limiter les risques de transmission au sein de cette population à haut risque, comme en atteste les données épidémiologiques recueillies. Pour l'hépatite B, une stratégie de vaccination est adaptée aux risques spécifiques, principalement selon l'origine. Cette stratégie tient compte du calcul démontré du rapport coût-bénéfice. Pour les personnes originaires de pays à hauts risques (p.ex. Afrique subsaharienne, Albanie), un dépistage sérologique est préconisé, avec vaccination des personnes susceptibles et éducation renforcée pour les personnes infectées. Pour les personnes sans facteur de risque spécifique, et provenant d'un pays à bas risque, une vaccination des personnes non encore vaccinées est

⁵⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Prisoners. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.

proposée. Cette stratégie s'applique aux personnes dont la durée d'incarcération se prolonge sur plus de deux à trois mois.

Prévention secondaire

Le SMPP s'efforce de développer des stratégies de dépistage du VIH et des IST basées sur des critères scientifiques et des analyses coûts-bénéfices. Toutes les personnes incarcérées dans la prison préventive de Champ-Dollon bénéficient d'un bilan infirmier le jour de leur arrivée. Lors de cet entretien, un questionnaire permet de recueillir des informations dans les domaines suivants: informations sociales, santé physique, tuberculose, santé mentale, violence, et abus de substances. Au cours de cet entretien, l'intervenant demande systématiquement si la personne a bénéficié d'un dépistage récent des hépatites et du VIH. On demande à l'entrant s'il souhaite compléter le bilan et/ou des vaccinations. En cas de critères d'alarme, les détenus sont référés à un médecin dans les 24 heures; en cas de demande non urgente, par exemple pour un complément de bilan incluant les IST ou les vaccinations, la consultation est agendée dans les deux à trois semaines. En fonction de risques individuels, comme la consommation de drogues, un dépistage est vivement encouragé et accompagné d'un conseil. L'indépendance du SMPP des autorités pénitentiaires facilite le dialogue entre soignants et patients détenus; ces derniers abordent librement les questions liées à une éventuelle consommation de drogues, ce qui permet de faciliter les dépistages ciblés.

Lorsque les détenus sont transférés dans une prison d'exécution des peines du canton, les bilans d'entrée et les dépistages ne sont pas systématiquement répétés. Dans la prison de Brenaz, les détenus peuvent accéder au VCT, qui bénéficie du soutien du Groupe Sida Genève. D'après certaines personnes interrogées, ce VCT n'a pas rencontré une demande importante. Cela pourrait aussi être lié au fait que les personnes incarcérées doivent toujours être accompagnées par un gardien lorsqu'elles sortent de leur cellule. Certaines personnes interviewées estiment qu'un VCT pourrait être réalisé par des infirmières du SMPP, qui sont bien formées, plutôt que par une association externe.

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Le dispositif de prévention dans les prisons de Genève est plus élaboré que celui des autres cantons. Dans le canton de Zurich, l'indépendance de la médecine pénitentiaire des autorités carcérales n'est pas garantie. Dans le canton de Vaud, les détenus peuvent se voir remettre du désinfectant et des préservatifs, et accéder aux tests VIH et au traitement de méthadone dans la prison. Par contre, les seringues ne sont pas distribuées et les IST ne sont pas systématiquement dépistées.

2.8 PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

2.8.1 BESOINS

Besoins en termes d'incidence des IST

En 2014, on recensait environ 2500 personnes vivant avec le VIH à Genève. L'incidence des IST chez les PVA n'est pas connue. Toutefois, d'après les experts interrogés et une étude réalisée dans le cadre de la Swiss VIH Cohort Study, le Swiss State-

ment aurait probablement comme corolaire une augmentation des IST et la transmission de l'hépatite C par voie sexuelle chez les PVA.⁵⁶

Besoins en termes de prévention primaire

D'après une prise de position de la Commission fédérale de la santé sexuelle, les personnes séropositives peuvent avoir des rapports non protégés si elles sont sous traitement et ont une charge virale indétectable (Swiss Statement). Si au niveau suisse il existe des données sur l'accès au traitement pour différents sous-groupes de PVA, les données genevoises ne sont pas disponibles. Selon l'étude ANSWER, seulement 80% de répondants d'origine subsaharienne rapportant un statut VIH positif sont sous traitement. Le taux de traitement rapporté monte à 91% chez les personnes de nationalité suisse ou détenant un livret B ou C, mais il descend à 65% chez les personnes au statut de séjour plus précaire.⁵⁷ Parmi la clientèle des structures d'accès à bas seuil, 82% des injecteurs séropositifs et 66,7% des non-injecteurs séropositifs pour le VIH étaient sous traitement en 2011. Parmi les patients traités, 96% ont une charge virale supprimée.⁵⁸ Suite au Swiss Statement, les rapports non protégés ont augmenté au sein des couples stables aussi bien hétérosexuels que HSH, mais également lors des rapports occasionnels des HSH.⁵⁹ L'enquête GaySurvey montre que les répondants avec une charge virale détectable auraient pris plus de risques que ceux avec une charge virale indétectable.⁶⁰ 66,7% des HSH avec une virémie détectable ont eu des pénétrations anales non protégées avec un partenaire occasionnel. Parmi les PVA, le sous-groupe des HSH semblerait donc avoir les plus grands besoins en termes de prévention primaire et les PVA migrants d'origine subsaharienne et/ou avec un statut de séjour précaire en termes d'accès au traitement.

Besoins en termes de prévention secondaire

Pour les personnes vivant avec le VIH, les données sur le taux de dépistage des IST font défaut.

2.8.2 DISPOSITIF

L'ECDC propose trois activités clés pour les pays de l'UE et de l'AELE. Premièrement, il conviendrait d'améliorer l'accès aux soins des populations à risque. Dans ce contexte, il est – deuxièmement – important de développer des stratégies afin d'assurer l'accès aux soins pour les migrants sans papiers. Troisièmement, il y a lieu de renforcer des interventions visant à améliorer l'adhésion au traitement afin d'augmenter la pro-

⁵⁶ Voir note de bas de page

⁵⁷ Simonson, T.; Dubois-Arber, F.; Jeannin, A.; Bodenmann, P.; Bize, R. (2015): Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, (Raisons de santé 248).

⁵⁸ Philipp, Kohler, Axel J., Schmidt, Matthias, Cavassini, Hansjakob, Furrer, Alexandra, Calmy, Manuel, Battegay, Enos, Bernasconi, Bruno, Ledergerber, Pietro, Vernazza: The HIV care cascade in Switzerland: reaching the UNAIDS/WHO targets for patients diagnosed with HIV, AIDS 2015, Vol 29 No 18.

⁵⁹ Kouyos, RD.; Hasse, B.; Calmy, A. et al. Increases in Condomless Sex in the Swiss HIV Cohort Study. Open Forum Infectious Diseases. 2015;2(2):ofv077. doi:10.1093/ofid/ofv077.

⁶⁰ Locicero, S.; Bize, R.: Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015 (Raisons de santé 253).

portion de personnes sans charge virale détectable.⁶¹ En termes de prévention structurelle, l'ECDC souligne également l'importance des interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH pour que les personnes séropositives informent leurs partenaires de leur maladie.⁶² Le dispositif de prévention répond partiellement à ces recommandations (voir tableau T 2.8)

T 2.7: Comparaison entre les prestations recommandées par l'ECDC et les prestations en place à Genève pour les PVA

Prestations	ECDC	Prestations à Genève
Prévention primaire		
Accès aux soins population à risque		Consultation VIH, Checkpoint, cabinets, CAMSCO
Accès aux soins sans papiers		Consultation VIH, Fonds solidarité patient précaire GSG/HUG, CAMSCO
Adhésion aux soins		GSG, PVA, HUG
Groupes de soutien		GSG, PVA, HUG
Soutien psychosocial individuel		GSG, PVA; Checkpoint, HUG
Thérapies de bien-être		PVA
Assistance juridique		GSG, HUG
Prévention secondaire		
Dépistage des autres IST		HUG
Prévention structurelle		
Lutte contre la stigmatisation et la discrimination		GSG, PVA

Légende: vert = bon, orange = moyen, rouge = mauvais, gris = pas de réponse.

Besoins en termes de prévention primaire

À Genève, tout comme dans le reste de la Suisse, l'accès aux trithérapies est bon. La consultation VIH des HUG ainsi qu'une quinzaine de médecins en cabinet privé prennent en charge les patients vivant avec le VIH. Les HSH séropositifs peuvent se faire soigner au Checkpoint. Cependant, selon plusieurs personnes interrogées, les migrants et les travailleuses du sexe ne disposent souvent d'aucune assurance maladie ou ont une franchise tellement élevée qu'ils renoncent aux visites médicales. Chez les personnes incarcérées, la continuité des soins en dehors de la prison reste un défi. Le SMPP se coordonne avec le Programme santé migrants, la consultation VIH et les avocats pour répondre à ce défi. Afin d'assurer l'accès aux trithérapies de la consultation VIH des HUG pour une dizaine de migrants sans papier par an, la consultation VIH et le Groupe Sida Genève ont mis en place le fonds solidarité pour patients précaires. Ce fonds permet l'affiliation des migrants à une assurance maladie. Au bout d'un an, les migrants doivent pouvoir payer l'assurance maladie eux-mêmes ou retourner dans leur pays pour accéder au traitement.

⁶¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: HIV and treatment. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.

⁶² European Centre for Disease Prevention and Control. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2013.

Pour une partie des acteurs genevois et des experts interrogés, le dispositif de soutien pour les personnes vivant avec le VIH joue un rôle important dans la prévention primaire. Parmi les 600 personnes séropositives utilisant les services du Groupe Sida Genève et les 200 membres de l'association PVA les personnes vulnérables sur le plan socio-économique seraient surreprésentées. Les groupes de paroles, les thérapies de bien-être, le soutien psychosocial et l'assistance juridique permettraient d'assurer la prévention des IST et l'adhésion au traitement VIH. Plusieurs personnes interrogées estiment que les conseils juridiques sont importants pour garantir l'affiliation des migrants sans-papiers à une assurance maladie, prévenir le renvoi des migrants dans un pays sans traitement adéquat du VIH et soutenir les personnes vivant avec le VIH depuis longtemps lorsque leur dossier est réévalué par l'assurance invalidité. Pour assurer l'adhésion au traitement, le GSG compte en outre engager une personne au sein de la consultation VIH, qui appliquerait un Case management pour les personnes les plus vulnérables.

L'autre partie des acteurs et des experts interrogés ainsi que les autorités d'un autre canton estiment, avec l'arrivée des trithérapies, que le VIH est devenu une maladie chronique comme les autres et que la séropositivité ne constitue plus un élément identitaire fédérateur. Pour cette raison, des associations de personnes vivant avec le VIH seraient constituées, à l'image de PVA, principalement par des anciens membres et auraient du mal à recruter des nouveaux membres. Plusieurs personnes estiment que plutôt que d'être financée par l'État, PVA devrait être intégrée au Groupe Sida Genève ou faire partie d'une ligue des patients défendant leurs intérêts. Les groupes de parole devraient se limiter aux personnes apprenant leur séropositivité, vu que l'importance d'informer rapidement les personnes séropositives, afin qu'elles puissent protéger leurs partenaires sexuels, a été prouvée scientifiquement. Quelques personnes interrogées jugeraient pertinente la mise en place de groupes de parole pour certains sous-groupes de PVA, tels les HSH. Plusieurs personnes estiment également que l'assistance juridique et les thérapies de bien-être ne devraient plus être financées par l'État. Même s'il était regrettable que les personnes séropositives ne puissent pas accéder à une assurance maladie complémentaire prenant en charge les thérapies de bien-être, il serait plus important d'affilier les migrants séropositifs sans-papiers à une assurance maladie pour qu'ils puissent accéder à la trithérapie.

En ce qui concerne la prévention structurelle, plusieurs personnes interrogées soulignent l'importance de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives. Toutefois, certains estiment que cette lutte devrait se focaliser sur les communautés HSH et des migrants où les discriminations et les stigmatisations elles seront plus virulentes que dans la population générale.

Dispositif de prévention dans les autres cantons

Dans les deux autres cantons, on recense un seul acteur subventionné actif dans la prévention pour les personnes vivant avec le VIH. Toutefois, Sid'Action dans le canton de Vaud et la Zürcher Aidshilfe offrent des prestations comparables à celles mises en œuvre à Genève. Dans le canton de Vaud, des réflexions sont en cours pour rapprocher Sid'Action des structures de soins au CHUV. L'hôpital assurerait le traitement et l'association le suivi psychosocial.

2.9 PILOTAGE

Le tableau T 2.8 contient les informations sur les responsables, le mode et les ressources de pilotage dans les cantons de Genève, Vaud et Zurich.

T 2.8: Comparaison du dispositif de pilotage dans les cantons de Genève, Vaud et Zurich

	Genève	Vaud	Zurich
Responsables du pilotage	Collaboratrice du Service du médecin cantonal	Médecin cantonal adjoint	Médecin cantonal adjoint
Ressources pour le pilotage	0,1 temps plein	0,1-0,2 temps plein	0,4 temps plein
Mode de pilotage	Bilatéral	Bilatéral	Multilatéral

Source: entretiens et documents.

Genève: dans le canton de Genève, la responsabilité pour le pilotage incombe à une collaboratrice au sein du Service du médecin cantonal. Elle consacre 0,1 équivalent plein temps au pilotage du dispositif. Le mode de pilotage se limite aux échanges bilatéraux entre le Service du médecin cantonal et les associations subventionnées. Le pilotage du dispositif par population cible est délégué à une association responsable d'assurer la coordination avec les autres acteurs compétents. Un pilotage multilatéral impliquant l'ensemble des acteurs subventionnés et non subventionnés n'existe plus. Cela est délétère pour plusieurs raisons:

- *Manque d'efficience:* certains acteurs devraient investir relativement beaucoup de ressources pour assister aux réunions de coordination de différentes populations cibles. Plusieurs acteurs estiment que ces réunions ne sont pas très productives étant donné qu'aucun acteur n'a la légitimité pour trancher en cas de désaccord. Ce rôle incomberait au bailleur de fonds.
- *Manque d'efficacité:* les acteurs rencontrés lors des entretiens sont très engagés. De par leurs activités de terrain, ils ont des très bonnes connaissances des besoins de leur population cible et de nombreuses idées pour répondre au mieux à ces besoins. Cependant, ils ne connaissent pas forcément les besoins des autres populations ou les besoins émergents. Pris dans le feu de l'action, il leur manquerait parfois du temps pour théoriser les activités et les appuyer sur des données scientifiques. Il faudrait donc un acteur qui effectue le suivi de l'ensemble des activités et assure qu'elles soient basées sur des données scientifiques.
- *Manque de transparence:* actuellement, les contrats de prestations avec les associations subventionnées contiennent des objectifs larges relatifs aux prestations. Toutefois, l'analyse de ces contrats de prestations ne permet ni de déterminer par quelles mesures concrètes ces objectifs devraient être atteints ni de savoir si ces mesures sont financées par la Direction générale de la santé, d'autres bailleurs de fonds ou des dons reçus par l'association. De plus, les tableaux de bord fournissent peu d'informations sur les effets des activités dans les populations cibles.

D'après une personne interrogée, ce manque de transparence sur les prestations et les coûts y relatifs peut être source de jalousie entre associations et ne permet pas de déterminer si les ressources investies par la Direction générale de la santé sont utilisées de manière efficace.

Pour pallier ces déficits, une grande majorité des acteurs interrogés souhaite que le Service du médecin cantonal réunisse à nouveau tous les acteurs du dispositif de prévention comme il l'a fait il y a quelques années. Par ailleurs, certains souhaitent qu'une stratégie précisant les mesures et leur contribution à l'atteinte des objectifs soit élaborée.

Dispositif de pilotage dans les autres cantons

Le pilotage dans les deux autres cantons semble être plus adéquat aux structures du dispositif de prévention.

Vaud: dans le canton de Vaud, le médecin cantonal adjoint est responsable du pilotage du dispositif. Les ressources investies dans le pilotage sont comparables à celle de Genève. Le médecin cantonal adjoint peut consacrer aussi peu de temps dans le pilotage en raison de la structure très simple du dispositif (voir chapitre 2.1.2). Cette structure simple lui permet également de s'échanger de manière bilatérale avec les entités subventionnées.

Zurich: dans le canton de Zurich, le pilotage est également assuré par un médecin cantonal. Vu que le dispositif de prévention est plus complexe que dans le canton de Vaud, les ressources dédiées au pilotage à Zurich sont plus importantes. Le pilotage s'appuie sur une coordination multilatérale aussi bien au niveau cantonal (kantonale Kommission für Aidsfragen) que communal (Stadtleben im öffentlichen Raum). La commission cantonale réunit les représentants du Service du médecin cantonal, du département cantonal des affaires sociales, des services de santé et d'instruction publique de la ville de Zurich, de l'Hôpital universitaire de Zurich ainsi que les associations subventionnées. La commission cantonale discute les évolutions épidémiologiques, les nouveaux projets et donne son aval aux contrats de prestations. Pour réviser ces derniers, un travail conséquent a été effectué ces deux dernières années. Chaque association devrait indiquer de manière transparente le montant investi dans chaque prestation et par quel département ces activités étaient financées aux niveaux cantonal et communal.

Dans cette synthèse, nous répondons aux trois questions d'évaluation relatives aux besoins actuels et futurs de prévention (Q1), à leur couverture par le dispositif (Q2) et aux optimisations éventuelles (Q3). Le tableau T 3.1 donne un aperçu de nos réponses aux trois questions d'évaluation.

T 3.1: Aperçu de nos réponses aux trois questions d'évaluation

	Besoins : Importance (Q1)		Dispositif : Nécessité d'agir p.r. à la situation actuelle (Q2)		Optimisation (Q3)	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Population générale					Éducation et consultation sexuelles plus ouvertes aux jeunes hommes	PICT VIH Dépistage des chlamydias jeunes femmes
Population migrante					Augmenter la couverture	Augmenter la couverture
HSH					HSH migrant	HSH migrant
Travailleuses/ travailleurs du sexe					Augmenter la couverture transgenre et rue nouvelles arrivées	Faciliter l'accès au dépistage VIH et IST
Personnes s'injectant de drogues						Faciliter l'accès au dépistage VHC
Personnes incarcérées						Assurer le suivi médical en dehors de la prison
Personnes vivant avec						Réduire les inégalités d'accès aux traitements

Légende: P1 = Prévention primaire, P2 = prévention secondaire, rouge = élevé, orange = moyen, vert = faible, gris = pas de réponse.

Q1: Quels sont les besoins actuels et à venir en matière de prévention du VIH et des IST à Genève?

Les besoins en matière de prévention sont les plus marqués pour la population migrante d'origine subsaharienne, les HSH ainsi que les travailleuses et les travailleurs du sexe pour la prévention secondaire (dépistage). Dans les autres populations, les besoins en matière de prévention sont moyens voire faibles. Au sein des populations à risque, différents facteurs de vulnérabilité tels que les expériences de violence, de discrimina-

tions, de stigmatisation et des difficultés socio-économiques peuvent accentuer les besoins.

Dans la *population générale*, les besoins en termes de prévention primaire sont faibles. On observe une grande stabilité des comportements sexuels dans la population générale et, parmi les jeunes, un bon recours aux préservatifs lors des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Les besoins en matière de prévention secondaire sont moyens, étant donné que les personnes séropositives dans la population générale ne sont pas très nombreuses, mais testées trop tardivement. En outre, l'incidence élevée de la chlamydia chez les jeunes femmes indique un besoin de dépistage plus important.

Dans la *population migrante*, les besoins en termes de prévention primaire sont importants, notamment chez les ressortissants des pays de l'Afrique subsaharienne, étant donné que les connaissances sur la transmission et la prévention du VIH et le recours systématique au préservatif lors des rapports sexuels occasionnels sont lacunaires dans cette population. En ce qui concerne la prévention secondaire, les besoins sont également élevés, vu que les personnes d'origine subsaharienne font partie des populations testées tardivement pour le VIH et que les incidences du VIH et des IST (et la prévalence pour le VIH) au sein de cette population sont élevées.

Pour les *hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes*, la prévention primaire reste importante car les comportements à risque sont répandus et en augmentation dans cette population. Les besoins en matière de prévention secondaire sont également élevés. Même si, chez les HSH, le VIH est dépisté plus rapidement que dans d'autres population à risques, la proportion des HSH testés pour le VIH et les IST au cours de l'année est insuffisante vu les incidences toujours élevées dans cette population.

Chez les *travailleuses et travailleurs du sexe*, les besoins en matière de prévention primaire sont moyens. Les comportements à risque sont plus déterminés par des facteurs structurels (concurrence sur le marché du travail du sexe, pressions de clients et propriétaires d'établissement) que par un manque de connaissances sur les règles du safer sexe. Seules les travailleuses du sexe débutantes sembleraient avoir des connaissances lacunaires, notamment par rapport aux règles du safer sexe lors de la fellation. Par contre, les besoins en termes de dépistage semblent importants vu que l'incidence des IST chez les travailleuses de sexe serait élevée, même si des données précises font défaut.

Pour les *personnes s'injectant des drogues*, les risques de transmission du VIH et des IST liés au partage de seringues et de matériel utilisé ont nettement diminué, même si le partage de matériel servant à préparer l'injection reste trop élevé. En revanche, la proportion de personnes recourant systématiquement à un préservatif lors des rapports sexuels occasionnels est insuffisante. Les besoins en termes de prévention primaire dans cette population sont donc moyens, de même qu'en matière de prévention secondaire. Même si la proportion des injecteurs de drogues testés pour le VIH et virus de l'hépatite C est très élevée, le dépistage reste nécessaire vu la prévalence élevée du VHC dans cette population et la persistance du risque.

Chez les *personnes incarcérées*, la prévention primaire représente un besoin moyen. Même si les comportements à risque ne sont pas très fréquents dans les prisons, il s'agit de combler les connaissances lacunaires sur la transmission et la prévention du VIH et de l'hépatite B afin de préparer les personnes incarcérées pour la vie en dehors de la prison. Vu la prévalence élevée du VIH et des IST dans la population incarcérée, un dépistage à l'entrée de la prison préventive est nécessaire. Toutefois, étant donné que l'incidence de ces maladies dans la prison semble faible, le dépistage dans une prison d'exécution des peines ne constitue pas un besoin important.

Chez les *personnes vivant avec le VIH*, les besoins en matière de prévention primaire varient en fonction de l'accès au traitement et de la charge virale. La proportion des PVA sous traitement est plus faible parmi les PVA d'origine subsaharienne, les PVA consommateurs de drogues ou les PVA avec un statut de séjour précaire que parmi les PVA de nationalité suisse ou détenant un livret B ou C. Chez les HSH sous traitement, on observe une proportion importante de personnes pratiquant les pénétrations anales non protégées avec un partenaire occasionnel même si la virémie est détectable. Il existe également un besoin de dépister les IST chez les PVA vu que l'incidence a augmenté ces dernières années dans cette population.

Q2: le dispositif et l'éventail de mesures actuelles répondent-ils de la manière la plus efficace et efficiente possible à ces besoins, en regard des évidences et bonnes pratiques en la matière?

Population générale: le dispositif de prévention du VIH et des IST répond largement aux besoins de la population générale et devrait se focaliser davantage sur les populations à risque, conformément aux bonnes pratiques observées sur le plan international. Pour rendre le dispositif plus efficace et efficient, la communication avec le grand public pourrait se limiter à la campagne Lovelife. Il conviendrait d'intégrer, autant que possible, la prévention du VIH et des IST au sein des structures ordinaires dans le sens d'un mainstreaming (SSEJ, USSPF, FASe, médecins généralistes). En termes de prévention primaire ces structures pourraient être plus ouvertes aux jeunes hommes et particulièrement les jeunes HSH en engageant plus de collaborateurs masculins ou HSH. En matière de prévention secondaire les structures de soins pourraient développer un PICT pour réduire les dépistages tardifs du VIH dans la population générale et dépister les chlamydias chez les jeunes femmes et leurs partenaires.

Population migrante: Le dispositif de prévention pour les migrants répond partiellement aux besoins des migrants et aux bonnes pratiques. La prévention primaire touche relativement beaucoup de ressortissants des pays de l'Afrique subsaharienne. Mais les avis des personnes interrogées sont partagés sur son efficacité et son efficience qui pourrait être renforcée par une meilleure coordination entre le GSG et l'USSPF. La prévention secondaire se limite au VCT destiné aux migrants précaires, qui touche principalement les requérants d'asile, ainsi qu'à un dépistage des IST pour les migrants sans papiers à la CAMSCO. Pour renforcer le dépistage du VIH et des IST chez les résidents originaires d'Afrique subsaharienne, généralement testés tardivement, il conviendrait d'augmenter les capacités en faisant plus souvent appel à des interprètes interculturels dans les structures de soins et/ou en augmentant les ressources du VCT migrant.

HSH: le dispositif de prévention répond aux besoins des HSH et aux bonnes pratiques. Pour les mesures qui ne sont actuellement pas couvertes par le dispositif, il manque soit de l'évidence scientifique soit les mesures sont seulement recommandées sous certaines conditions par les experts internationaux. Au niveau de la prévention primaire, il s'agit du traitement de prophylaxie préexposition (PrEP) et, au niveau de la prévention secondaire, de la formation du personnel médical dans les structures de soins. L'efficacité du dispositif pourrait être améliorée par une division encore plus nette du travail de prévention entre Dialogai et le GSG. Ce dernier pourrait jouer un rôle plus important dans la prévention en amont auprès des migrants HSH, dont la prise en charge par le dispositif se révèle actuellement insuffisante.

Travailleuses du sexe: actuellement, le dispositif de prévention répond seulement aux besoins et aux bonnes pratiques de manière partielle. Les travailleuses du sexe les plus vulnérables ne sont pas suffisamment couvertes par le dispositif de prévention. Il s'agit des personnes transgenre, des travailleuses du sexe avec un permis de séjour de courte durée et des migrantes arrivées nouvellement sur le marché de travail du sexe. Pour pouvoir s'adapter à ces nouveaux besoins, les associations devraient pouvoir s'appuyer sur des interprètes/médiatrices interculturels supplémentaires. Pour que l'intervention des médiatrices soit plus efficace, la collaboration entre Aspasia et la Brigade des mœurs pourrait être améliorée. Les travailleuses du sexe ont accès à un VCT gratuit et aux dépistages des IST à un prix réduit, mais les barrières d'accès au dépistage, notamment en termes de couverture d'assurance maladie, restent importantes. Par ailleurs plusieurs acteurs interrogés estiment qu'il est important d'inclure les clients des travailleuses de sexe dans les réflexions sur le dispositif de prévention.

Personnes s'injectant des drogues: le dispositif de prévention pour les personnes s'injectant des drogues répond largement aux bonnes pratiques et doit être maintenu. L'accès au dépistage et au traitement de l'hépatite C pourraient être renforcés. Étant donné que le dispositif joue un rôle dépassant largement la prévention du VIH et des IST (prise en charge de tous les problèmes liés à la dépendance, y compris le lien vers les structures de traitement), on peut se demander si le dispositif devrait être entièrement financé dans le cadre de l'enveloppe dédiée à la prévention du VIH et des IST ou être inclus dans le dispositif de prise en charge de la dépendance et de ses conséquences (VIH, VHC).

Personnes incarcérées: le dispositif de prévention répond largement aux besoins et aux bonnes pratiques en assurant l'approvisionnement des personnes incarcérées en préservatifs, thérapies de substitution de drogues, seringues et vaccin contre l'hépatite B. Les IST sont dépistées de manière systématique à l'entrée dans la prison, sur la base de critères scientifiques et d'analyses coûts-bénéfices. Cependant, le suivi médical des personnes incarcérées à la sortie de la prison constitue encore un défi.

Personnes vivant avec le VIH: le dispositif de prévention couvre largement les besoins des PVA, mais ne répond que partiellement aux bonnes pratiques (lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVA, accès et adhésion au traitement). Le dispositif assure la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVA (prévention structurelle). Mais il existe une inégalité d'accès au traitement du VIH et des IST, notamment pour les migrants et les travailleuses du sexe. Les migrants les plus vulnérables –

à savoir les sans-papiers – peuvent accéder au traitement du VIH grâce au fonds solidarité pour patients précaires du GSG et de la consultation VIH, qui financent l'assurance maladie seulement pendant une année de quelques migrants précaires sélectionnés. Ce fonds ne permet pas d'assurer un accès universel aux soins. Les avis des acteurs genevois ainsi que des experts interrogés sont partagés sur la question de savoir si le dispositif de soutien aux personnes vivant avec le VIH contribue à prévenir les IST et à assurer l'adhésion au traitement VIH. Alors qu'une partie des personnes interrogées répondent par l'affirmative à cette question, l'autre partie estime que le VIH est devenu une maladie chronique comme les autres et que les prestations de soutien devraient être financées différemment (p.ex. intégration de PVA au GSG, ligue de patients).

Q3: le cas échéant, comment faire évoluer le dispositif et l'éventail de mesures en recherchant le meilleur rapport coût/efficacité?

Le dispositif de prévention pourrait évoluer en recherchant le meilleur rapport coût-efficacité par la mise en œuvre des mesures évoquées dans le tableau T 3.1, le mainstreaming des mesures de prévention pour la population générale et des mesures de soutien pour les PVA ainsi que par un pilotage renforcé. L'évaluation a en effet montré que le pilotage actuel n'est pas adéquat pour un dispositif de prévention aussi complexe que celui de Genève. Un pilotage doté de si peu de ressources et basé essentiellement sur des contacts bilatéraux avec les acteurs subventionnés peut s'avérer efficace et efficient lorsque la structure du dispositif est très simple, comme dans le canton de Vaud. Si le dispositif est plus complexe comme à Genève, le pilotage devrait être doté de ressources supplémentaires et assurer des échanges multilatéraux entre les acteurs concernés, comme à Zurich. Le pilotage devrait apporter une réponse à des nombreux enjeux transversaux, à l'image de la migration, qui ne peuvent pas être réglés au niveau d'une population à risque ou entre deux associations – sans arbitrage – comme c'est le cas actuellement. Par ailleurs, les outils de pilotage actuels, à savoir les contrats de prestations et les tableaux de bord, sont peu transparents. Les objectifs des contrats de prestations sont formulés de manière très large. Les mesures concrètes permettant de les atteindre, ainsi que leur financement (Direction générale de la santé, d'autres bailleurs de fonds, dons), ne sont pas clairs. Par conséquent, il est difficile de déterminer si les ressources de la Direction générale de la santé sont investies dans des mesures efficaces ou pas. Sur la base de ces constats, nous formulons quatre recommandations.

Recommandation 1: renforcer le pilotage

Nous recommandons d'accorder à l'avenir une priorité au pilotage du dispositif de prévention du VIH et des IST par le Service du médecin cantonal. Ceci implique que le pilotage reste une tâche de direction et qu'il est doté de suffisamment de ressources. Le Service du médecin cantonal devrait assurer un meilleur suivi des activités, en organisant des réunions avec tous les acteurs subventionnés et non subventionnés deux fois par an. Il faudrait également réserver des ressources pour l'évaluation des prestations clés et des nouvelles mesures mise en œuvre.

Recommandation 2: élaborer un plan d'action thématique

Le nouveau plan cantonal 2030 pour la promotion de la santé et la prévention devrait être décliné dans un plan d'action thématique pour la prévention du VIH et des IST – incluant le VHC. Ce plan devrait être élaboré avec les acteurs concernés et se baser sur

le «Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI)», le cadre «Migration et facteurs de vulnérabilité 2016», la cible d'ONUSIDA «90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic», ainsi que le guide «santé sexuelle». Il devrait constituer un cadre pour l'ensemble des mesures de prévention du VIH et des IST et des mesures de promotion de la santé sexuelle, mises en œuvre par les acteurs subventionnés et non subventionnés du dispositif. Ce plan devrait déterminer des objectifs précis en termes de prévention primaire/promotion de la santé (p.ex. informations, conseils, compétences psychosociales, préservatifs, matériel d'injection, vaccins), de prévention secondaire (dépistages, VCT), de prévention structurelle (lutte contre les stigmatisations et discriminations, services jeunes-/migrant-/LGBT friendly) pour chaque population cible. Le plan devrait également indiquer l'horizon des objectifs (2021, 2030) ainsi que les mesures concrètes permettant d'atteindre ces objectifs. Le plan devrait montrer quelles mesures pourraient faire partie d'un *mainstreaming*. Dans cette optique, nous recommandons *premièrement* d'intégrer la prévention VIH/IST pour la population générale, y compris les jeunes, dans les structures ordinaires (SSEJ, USSPF, FASe, médecins généralistes). *Deuxièmement*, les mesures de soutien non spécifique au VIH et aux IST pourraient être davantage prises en charges par d'autres acteurs médico-sociaux. *Troisièmement*, il conviendrait de discuter de la plus-value éventuelle (lutte contre la discrimination et la stigmatisation) pour que les associations PVA soient régies par d'autres règles de subventionnement que celles de personnes vivant avec d'autres maladies chroniques.

Recommandation 3: élaborer un plan d'action pour les migrants

Les migrants représentent une population ayant des besoins très importants en matière de prévention, qui ne sont pas suffisamment pris en compte actuellement. Les migrants constituent une population cible importante pour tous les acteurs du dispositif. Il conviendrait donc de mettre en place une approche transversale (*mainstreaming*), concertée entre les différents acteurs, en plus d'un programme spécifique concernant principalement les migrants d'origine subsaharienne. Nous recommandons donc que les acteurs entament une réflexion sur la base du nouveau cadre proposé par l'OFSP, pour la planification d'actions de prévention du VIH/des IST, intitulée «Migration et facteurs de vulnérabilité 2016».

Recommandation 4: financer des mesures de prévention plutôt que des associations

Pour pallier au manque de lisibilité dans les contrats de prestations, nous recommandons à la Direction générale de la santé de financer des mesures plutôt que des associations ou en tout cas de faire figurer clairement la part éventuelle du financement d'association. Dans les contrats de prestations, il y aurait lieu de clarifier les mesures précises en termes de prévention primaire, secondaire et structurelle attendues par les associations. Il faudrait également préciser les objectifs de ces mesures et indiquer l'horizon ainsi que les ressources nécessaires pour les atteindre. Nous proposons d'inclure les frais de fonctionnement (locaux, immobilier, formation des collaborateurs, participation à des séances de coordination) dans les mesures. L'exemple zurichois montre qu'une période d'environ deux ans sera nécessaire pour faire évoluer les contrats de prestations dans ce sens.

A I ANNEXE

A I.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

T 3.2: Aperçus des données épidémiologiques VIH et IST

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
VIH (cas)*	54	48	74	66	54	51
VIH (nombre d'infections récentes)***	6	10	10	4	11	13
VIH (nombre d'infections anciennes)***	44	33	55	54	38	35
VIH (nombre de dépistages réalisés par les laboratoires)**	37 422	38 809	40 738	41 877	45 120	-
VIH (incidence par 100 000)*	14.2	12.6	16.0	14.7	10.7	13.8
Gonorrhée (cas)*	115	115	157	211	138	145
Gonorrhée (incidence par 100 000)*	27.3	26.3	33.5	46.9	29.8	31.0
Syphilis (cas)*	77	69	93	85	86	68
Syphilis (incidence par 100 000)*	37.1	28.7	35.2	36.6	33.3	31.4
Chlamydiose (cas)*	762	858	918	885	905	857
Chlamydiose (incidence par 100 000)*	165.4	186.7	196.5	189.8	189.0	178.2
Hépatite B aiguës (cas)*	7	6	3	5	0	1
Hépatite C aiguës (cas)*	1	5	4	1	3	7

Source: * Système de déclaration de l'OFSP, ** Données de la Direction générale de la santé du canton de Genève, *** Données et explications fournies par l'OFSP : la sensibilité de l'algorithme pour détecter les infections VIH récentes et seulement 50%, le nombre des infections récentes dans les tableaux présentés est à peu près trop bas par un facteur deux. Sur le plan cantonal il n'est pas possible pour des raisons statistiques de corriger le taux d'infections récentes pour la sensibilité.

T 3.3: Population sexuellement active (n~376 000)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
VIH (cas de toutes les femmes)*	18	13	18	20	17	18
VIH (cas de femmes CH/EU/autres) *	10	6	11	10	10	10
VIH (en % de toutes les femmes)	55.6	46.2	61.1	50.0	58.8	55.6
VIH (cas de tous les hommes)*	36	35	56	46	37	34
VIH (cas d'hommes hétérosexuel CH/EU/autres)*	9	11	9	10	7	6
VIH (en % de tous les hommes)	25.0	31.4	16.1	21.7	18.9	17.6
VIH (cas de personnes hétérosexuelles CH/EU/autres)*	19	17	20	20	17	
VIH (en % de tous les cas)	29.2	29.3	27.0	29.0	33.3	23.9
Chlamydie (cas)*	762	858	918	885	905	857
Chlamydie (proportion des femmes)*	71.7	73.7	70.3	68.7	69.7	67.9
Femmes 0-14 ans (% de tous les cas de femmes)	0.2	0.6	1.4	0.8	0.3	0.3
Femmes 15-24 ans (% de tous les cas de femmes)	50.4	53.1	50.7	49.5	52.9	49.7
Femmes 25-34 ans (% de tous les cas de femmes)	34.3	32.1	34.6	33.9	32.7	34.4
Femmes 35-44 ans (% de tous les cas de femmes)	10.4	11.1	9.3	11.0	10.0	10.5
Femmes 45-54 ans (% de tous les cas de femmes)	3.3	2.1	3.3	3.5	2.5	3.8
Femmes 55-64 ans (% de tous les cas de femmes)	0.7	0.8	0.6	0.8	1.3	0.7
Femmes 65+ ans (% de tous les cas de femmes)	0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.3
Hommes 0-14 ans (% de tous les cas d'hommes)	0.0	0.0	0.7	1.5	0.0	0.0
Hommes 15-24 ans (% de tous les cas d'hommes)	21.1	25.9	23.9	21.6	29.0	26.1
Hommes 25-34 ans (% de tous les cas d'hommes)	32.9	35.3	39.0	39.2	29.4	41.2
Hommes 35-44 ans (% de tous les cas d'hommes)	28.2	28.1	19.5	18.7	23.2	15.4
Hommes 45-54 ans (% de tous les cas d'hommes)	11.3	7.6	13.2	13.8	11.0	12.0
Hommes 55-64 ans (% de tous les cas d'hommes)	3.4	2.2	2.6	3.7	5.9	4.5
Hommes 65+ ans (% de tous les cas d'hommes)	1.4	0.9	1.1	0.8	1.1	0.4

Source: * Système de déclaration de l'OFSP

T 3.4: Population migrante des pays à haute prévalence (n~8 000)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
VIH (cas d'hommes subsahariens)*	9	9	12	8	4	4
VIH (% de tous les cas d'hommes)*	25.0	25.7	21.4	17.4	10.8	12.1
VIH (cas d'hommes subsahariens)*	8	7	7	10	7	8
VIH (% de tous les cas de femmes)*	44.0	53.8	38.9	50.0	41.2	44.4
VIH (cas de migrants subsahariens)*	17	16	19	18	11	12
VIH (% de tous les cas)*	26.2	27.6	25.7	26.1	21.6	17.9
Gonorrhée (cas de pays de haute prévalence)*	2	8	10	3	3	8
Gonorrhée (% de tous les cas)*	1.7	7.0	6.4	1.4	2.2	5.5
Syphilis (cas de pays de haute prévalence)*	9	2	8	2	7	6
Syphilis (% de tous les cas de syphilis)*	11.7	2.9	8.6	2.4	8.1	8.8

Source: * Système de déclaration de l'OFSP. Pour le VIH l'OFSP indique le nombre de cas déclaré chez les ressortissants de l'Afrique subsaharienne alors que pour la syphilis et la gonorrhée il indique le nombre de cas déclarés chez les ressortissants d'un pays à haute prévalence sans préciser de quels pays il s'agit.

T 3.5: HSH (n~5 700)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
VIH (cas)*	16	14	30	26	23	17
VIH (nombre d'infections récentes)**	6	4	6	4	8	4
VIH (nombre d'infections anciennes)**	10	9	20	20	14	12
VIH (proportion d'infections récentes)**	37.5	28.6	20.0	15.4	34.8	23.5
VIH (en pourcentage de tous les cas)*	29.6	29.2	40.5	39.4	42.6	33.3
Gonorrhée (cas)*	11	27	52	72	38	59
Gonorrhée (% de tous les cas)*	9.6	23.5	33.1	34.1	27.5	40.7
Syphilis (cas)*	39	39	43	57	40	31
Syphilis (% de tous les cas)*	50.7	56.5	46.2	67.1	46.5	45.6

Source: * Système de déclaration de l'OFSP, ** Données et explications fournies par l'OFSP : la sensibilité de l'algorithme pour détecter les infections VIH récentes et seulement 50%, le nombre des infections récentes dans les tableaux présentés est à peu près trop bas par un facteur deux. Sur le plan cantonal il n'est pas possible pour des raisons statistiques de corriger le taux d'infections récentes pour la sensibilité.

T 3.6: Personnes injectant des drogues (n~1 200)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
VIH (cas)*	3	0	3	1	3	2
VIH (en pourcentage de tous les cas)*	5.6	-	4.1	1.5	5.6	3.9

Source: * Système de déclaration de l'OFSP

A1.2 PERSONNES INTERROGÉES

Nom	Organisation
Fabian Chapot	Boulevards
Mathilde Captyn	Dialogai
Hubert Crevoisier	Dialogai
Vincent Jobin	Dialogai
David Perrot	Groupe Sida Genève
Martine Baudin	Première Ligne
Zaqueu Guimaraes	PVA
Rocco Senatore	PVA
Beatrice Ascencio	PVA
Marianne Schweizer	Aspasie
Véronique Schiffer	Cabinet privé
Alexandra Calmy	HUG : Service de maladies infectieuses, Consultation VIH/SIDA
Laurent Gétaz	HUG : Unité médicale à la prison de Champ-Dollon
Lorenza Bettoli	HUG : Unité de santé sexuelle et de planning familial (USSPF)
Geneviève Preti	HUG : Unité de santé sexuelle et de planning familial (USSPF)
Sophie Durieux	Programme santé migrants HUG
Martine Girard	Service du médecin cantonal (SMC)
Pascal Haefliger	Service du médecin cantonal (SMC)
Mary-Josée Burnier	Service santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ)
Denise Wetzel	VCT migrant
Raphaël Bize	Commission fédérale de santé sexuelle
Sirka Mullis	Office fédérale de santé publique
Steven Derendinger	Office fédérale de santé publique
Eric Masseret	Médecin cantonal adjoint canton Vaud
Bettina Bally	Médecin cantonal adjoint canton Zürich
Morton Keller	Directeur des services de santé de la ville de Zürich

A1.3 GRILLE D'ENTRETIEN

Grille d'entretien pour l'évaluation de la politique du VIH et des IST à Genève

1	Besoins en matière de prévention VIH/IST
1.1	Comment interprétez-vous les chiffres sur l'incidence du VIH et des IST ces dernières cinq années ? <i>(les chiffres seront montrés si nécessaire)</i>
1.2	Faudrait-il changer à l'avenir le degré de priorité accordé au VIH et aux différentes IST dans la politique de prévention ? Pourquoi, respectivement pourquoi pas ?
1.3	Quels sont les besoins actuels en matière de prévention du VIH et des IST des différents groupes cibles à Genève ? (taille, comportements à risque, incidence etc. des groupes cibles suivants : population sexuellement active, HSH, migrants de pays à haute prévalence, TdS, IDU, personnes incarcérées, PVA)
1.4	Quels sont les besoins futurs en matière de prévention du VIH et des IST des différents groupes cibles à Genève ?
2	Mesures de prévention (voir fiche aperçu : mesures de prévention VIH/IST à Genève)
2.1	Quels groupes cibles (population sexuellement active, migrants de pays à haute prévalence, HSH, TdS, IDU, personnes incarcérées, PVA, d'autres groupes cibles) sont actuellement bien couverts en matière de prévention de VIH et des IST à Genève et lesquels le sont moins ? Pourquoi ?
2.2	Quelles mesures de prévention VIH/IST mises en œuvre pour la population générale sexuellement active à Genève sont efficaces et efficientes et lesquelles le sont moins ? Pourquoi (évidence scientifique, bonnes pratiques, expérience du terrain etc.) ? Que faut-il changer à l'avenir ?
2.3	Quelles mesures de prévention VIH/IST mises en œuvre pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Genève sont efficaces et efficientes et lesquelles le sont moins ? Pourquoi (évidence scientifique, bonnes pratiques, expérience du terrain etc.) ? Que faut-il changer à l'avenir ?
2.4	Quelles mesures de prévention VIH/IST mises en œuvre pour les migrants des pays à haute prévalence à Genève sont efficaces et efficientes et lesquelles le sont moins ? Pourquoi (évidence scientifique, bonnes pratiques, expérience du terrain etc.) ? Que faut-il changer à l'avenir ?
2.5	Quelles mesures de prévention VIH/IST mises en œuvre pour les travailleuses/travailleurs du sexe à Genève sont efficaces et efficientes et lesquelles le sont moins ? Pourquoi (évidence scientifique, bonnes pratiques, expérience du terrain etc.) ? Que faut-il changer à l'avenir ?
2.6	Quelles mesures de prévention VIH/IST mises en œuvre pour les usagers de drogues par voie intraveineuse à Genève sont efficaces et efficientes et lesquelles le sont moins ? Pourquoi (évidence scientifique, bonnes pratiques, expérience du terrain etc.) ? Que faut-il changer à l'avenir ?

Grille d'entretien pour l'évaluation de la politique du VIH et des IST à Genève

2.7	Quelles mesures de prévention VIH/IST mises en œuvre pour les personnes incarcérées à Genève sont efficaces et efficientes et lesquelles le sont moins ? Pourquoi (évidence scientifique, bonnes pratiques, expérience du terrain etc.) ? Que faut-il changer à l'avenir ?
2.8	Quelles mesures de prévention VIH/IST mises en œuvre pour les personnes vivant avec le VIH / IST et leurs proches à Genève sont efficaces et efficientes et lesquelles le sont moins ? Pourquoi (évidence scientifique, bonnes pratiques, expérience du terrain etc.) ? Que faut-il changer à l'avenir ?
2.9	Faudrait-il à l'avenir mettre en place des mesures pour des nouveaux groupes cibles ? Si oui, lesquelles pour quels groupes cibles et pourquoi ?
2.10	En résumé : Si vous deviez choisir trois mesures qu'il faudrait renforcer ou ajouter pour rendre tout le dispositif de prévention VIH/IST à Genève plus efficace et efficient à l'avenir, quelles mesures choisiriez-vous et pourquoi ? Si vous deviez choisir trois mesures que l'on pourrait restreindre ou éliminer sans menacer l'efficacité et l'efficience du dispositif de prévention VIH/IST à Genève, quelles mesures choisiriez-vous et pourquoi ?
3	Dispositif de prévention
3.1	Comment le pilotage de la politique de prévention du VIH/IST a-t-il évolué depuis 2012 ? Quels sont actuellement les points forts et les points faibles du pilotage ?
3.2	Dans les contrats de prestations les rôles des associations actives dans la prévention du VIH et des IST ont été clarifiés. Comment cette clarification a-t-elle influencé la collaboration entre les associations ? Quels sont actuellement les points forts et les points faibles de la collaboration ?
4	Autres remarques, remerciements
4.1	Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?
4.2	Nous vous remercions pour cet entretien